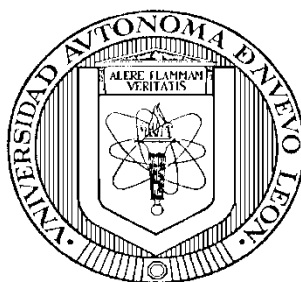


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA



INTERVENCIÓN HOLÍSTICA DE ENFERMERÍA PARA LA REDUCCIÓN DEL
CONSUMO DE TABACO: CONSEJO BREVE Y ATENCIÓN PLENA

Por

MCE. DIANA ARACELY ALMARAZ CASTRUITA

Como requisito parcial para obtener el grado de

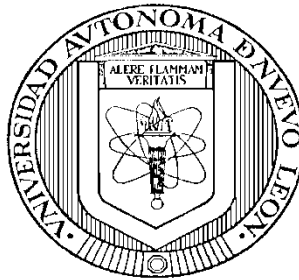
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2018

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



INTERVENCIÓN HOLÍSTICA DE ENFERMERÍA PARA LA REDUCCIÓN DEL
CONSUMO DE TABACO: CONSEJO BREVE Y ATENCIÓN PLENA

Por

MCE. DIANA ARACELY ALMARAZ CASTRUITA

Como requisito parcial para obtener el grado de

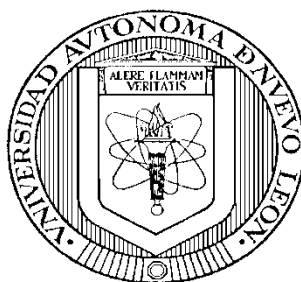
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2018

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



INTERVENCIÓN HOLÍSTICA DE ENFERMERÍA PARA LA REDUCCIÓN DEL
CONSUMO DE TABACO: CONSEJO BREVE Y ATENCIÓN PLENA

Por

MCE. DIANA ARACELY ALMARAZ CASTRUITA

Como requisito parcial para obtener el grado de

DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

Director de Tesis

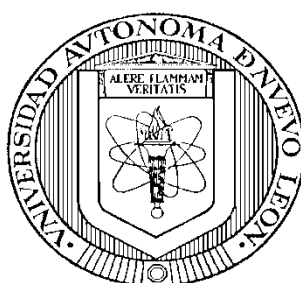
DRA. MARÍA MAGDALENA ALONSO CASTILLO

AGOSTO, 2018

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



INTERVENCIÓN HOLÍSTICA DE ENFERMERÍA PARA LA REDUCCIÓN DEL
CONSUMO DE TABACO: CONSEJO BREVE Y ATENCIÓN PLENA

Por

MCE. DIANA ARACELY ALMARAZ CASTRUITA

Como requisito parcial para obtener el grado de

DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

Co-Asesor Internacional

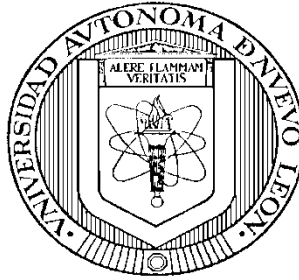
DRA. RAQUEL RODRIGUEZ CARVAJAL

AGOSTO, 2018

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA

SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



INTERVENCIÓN HOLÍSTICA DE ENFERMERÍA PARA LA REDUCCIÓN DEL
CONSUMO DE TABACO: CONSEJO BREVE Y ATENCIÓN PLENA

Por

MCE. DIANA ARACELY ALMARAZ CASTRUITA

Como requisito parcial para obtener el grado de

DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD

AGOSTO, 2018

INTERVENCIÓN HOLÍSTICA DE ENFERMERÍA PARA LA REDUCCIÓN DEL
CONSUMO DE TABACO: CONSEJO BREVE Y ATENCIÓN PLENA

Aprobación de Tesis

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Director de Tesis

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Presidente

Dra. Nora Angélica Armendáriz García
Secretario

Marco Vinicio Gómez Meza, PhD.
1er. Vocal

Dra. Karla Selene López García
2do. Vocal

Dr. Arnoldo Téllez López
3er. Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

A la directora de la Facultad de Enfermería de la UANL ME. María Diana Ruvalcaba Rodríguez por su apoyo y las facilidades proporcionadas para poder culminar mis estudios de doctorado.

A la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Subdirectora de Posgrado e Investigación y mi directora de tesis, por compartir sus conocimientos, por ser mi guía y apoyo en el desarrollo del presente trabajo, producto de nuestro trabajo en equipo.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por la beca proporcionada para realizar mis estudios de Posgrado.

A mí jurado la Dra. Nora, Dra. Karla, Dr. Marco y Dr. Arnoldo, por sus atenciones y su apoyo en la mejora de mi trabajo.

A mis profesores del Programa de Doctorado en Ciencias de Enfermería, por sus enseñanzas y palabras de aliento a lo largo de mi formación profesional.

A los facilitadores que me ayudaron a llevar a cabo el presente trabajo, Ilse y Benito, por su disponibilidad, paciencia y buen trabajo.

Y por último pero no menos importante a los protagonistas de este estudio, a mis pacientes, por su tiempo compartido, los aprendizajes conjuntos, el trabajo terapéutico realizado y sus ganas de luchar por alcanzar sus metas.

Dedicatoria

A mis padres Jorge y Araceli, gracias por enseñarme que la educación y los valores son el regalo máspreciado que un padre le puede brindar a un hijo, gracias por enseñarme a volar y por motivarme incansablemente para alcanzar mis metas y cumplir mis sueños.

A mis hermanos, por acompañarme a lo largo de este reto y hacer más agradable el camino.

Al amor de mi vida, Marcos, por ser mi apoyo incondicional, por darle paz a mi vida, palabras de aliento y motivación en los momentos más difíciles, por apoyarme y ayudarme a ser mejor persona a lo largo de este camino.

A mí misma, por el esfuerzo, dedicación y trabajo, hoy me enorgullezco de cumplir una de mis metas profesionales más importantes que nació desde mi incursión en la enfermería, y agradezco por estar un paso más cerca de la persona que quiero llegar a ser.

RESUMEN

Diana Aracely Almaraz Castruita
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: 10 Agosto del 2018

Título del estudio: INTERVENCIÓN HOLÍSTICA DE ENFERMERÍA PARA LA REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO: CONSEJO BREVE Y ATENCIÓN PLENA

Número de Páginas: 173

Candidato para Obtener el Grado de
Doctor en Ciencias de Enfermería

LGAC: Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas

Propósito y Método del Estudio: el principal objetivo del estudio fue valorar la factibilidad y efectividad de una intervención holística de enfermería mediante Consejo Breve (CB) y Atención Plena (AP) para la reducción del uso de tabaco, ansiedad, estrés y síntomas depresivos, aumento de autoeficacia y autotrascendencia intrapersonal. El estudio se desarrolló bajo los conceptos de autotrascendencia, vulnerabilidad y bienestar de la Teoría de Autotrascendencia de Pamela Reed (1991) y el concepto de autoeficacia de Bandura (1977) los cuales fueron la base teórica que guió la intervención. El diseño del estudio fue pre experimental de dos mediciones: pretest y postest. La muestra fue determinada con el paquete estadístico nQuery Advisor® 7.0 de acuerdo a Cohen, tomando un nivel de significancia del .05, una potencia del 90% y un tamaño de efecto de .6, así como una tasa de abandono del 5%. Dando como resultado una muestra total de 41 participantes. El tratamiento consistió en una intervención compuesta por dos terapéuticas: Atención Plena y Consejo Breve para los cuales se utilizaron el protocolo IDEAS para el Consejo Breve (CONADIC & SSA, 2007) y los programas de Mindfulness Based Stress Reduction (REBAP) de Kabat-Zinn (2007) y el programa de Mindfulness Based Cognitive Therapy de Zindel Segal, Mark Williams y John Teasdale (2007) para la Atención Plena. La intervención tuvo una duración de 10 semanas con sesiones de frecuencia semanal, a los participantes se les entregó un CD de audio para realizar las prácticas de AP en casa y un manual de trabajo para llevar autoregistros de consumo así como orientaciones de reforzamiento para ayudar a mantener la motivación en el cambio de conducta. La intervención fue desarrollada e implementada por profesionales de enfermería bajo un protocolo (manual de facilitador) que garantizó la fidelidad de la entrega. Para la medición de las variables de estudio se utilizaron cuatro instrumentos de lápiz y papel: 1) Escala de Dependencia a la Nicotina Fagerstrom (Fagerstrom, 1999); 2) Escala de depresión, ansiedad y estrés DASS-21 (Lovibonden & Lovibonden, 1995); 3) Cuestionario Cinco Facetas de la Atención Plena FFMQ-39 (Baer et al, 2006); 4) El Cuestionario sobre Confianza ante Ciertas Situaciones SCQ-39 (Marlatt & Gordon, 1985; Traducción y adaptación Ayala & Echeverría, 1997) que reportaron consistencia interna aceptable. Asimismo se aplicó un Historial de fumar e intentos fallidos para dejar el hábito, Cédula de Datos Sociodemográficos y de consumo, y dos pruebas químicas de cotinina para determinar el consumo de tabaco en orina (pretest y postest). Para la verificación del cumplimiento de objetivos se construyeron

índices y se efectuaron contrastes de hipótesis con la prueba W de Wilcoxon y la prueba del signo. Se probó la efectividad de la intervención breve propuesta en este estudio.

Contribuciones y Conclusiones: Los resultados muestran que la consejería breve en conjunto con la atención plena aplicadas en forma intensiva durante diez sesiones son una herramienta eficaz para reducir la dependencia a la nicotina, el número de cigarrillos fumados en un día típico, el estrés, ansiedad y síntomas depresivos e incrementar la autoeficacia (SCQ-39) y la autotrascendencia intrapersonal (FFMQ-39) en adultos fumadores con intención de dejar el hábito.

Al finalizar la intervención los resultados mostraron una reducción estadística y clínicamente significativa con un tamaño del efecto grande en la cantidad de cigarros fumados en un día típico ($Z = -5.58, p < .001, d = 1.60 [-2.21, -.98]$) y en la dependencia a la nicotina ($Z = -3.74, p < .001, d = 1.14 [-1.72, -.56]$). Asimismo, se encontró una mejoría estadística y clínicamente significativa con tamaño del efecto grande en la escala de síntomas de estrés ($Z = -5.30, p < .001, d = 1.42 [-1.90, -.093]$), ansiedad ($Z = -4.65, p < .001, d = .90 [-1.35, -.045]$) y depresión ($Z = -4.86, p < .001, d = .81 [-1.26, -.036]$). De igual manera, se presentó un cambio significativo en la prueba de cotinina en orina del pretest al posttest donde un 70.7% de los participantes tuvo un resultado positivo al inicio de la intervención y al finalizar tan solo un 7.3% tuvo un resultado positivo con una diferencia significativa ($Z = -4.90, p < .001$). Por otra parte, los participantes mostraron una mejoría estadística y clínicamente significativa de la autotrascendencia intrapersonal medida a través del Cuestionario de Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) ($Z = -5.44, p < .001, d = 0.88 [0.42, 1.33]$) y en la autoeficacia medida con el Cuestionario de Confianza Situacional ante situaciones de tentación para el consumo (SCQ-39) ($Z = -5.51, p < .001, d = 1.48 [0.99, 1.97]$), ambos con un tamaño del efecto grande. En lo que respecta a la evaluación de la satisfacción de los participantes, los resultados referentes a la Escala de Impresión Global de Cambio que se aplicó al finalizar la intervención, en el reactivo número uno que evalúa ¿cómo describiría el cambio (si lo hubiera)?, se encontró que la mayoría de los participantes se sintió mucho mejor en cuanto al síndrome de abstinencia (92.6%), mucho mejor en cuanto a su necesidad de fumar (95.2%), mucho mejor con referencia a síntomas emocionales (68.2%) y mucho mejor en la calidad de vida en general (80.4%). En cuanto al segundo reactivo que indaga sobre el grado de cambio desde que comenzó el programa, la mayoría de los participantes respondió mucho mejor (60.9%). Con relación a la Escala de Evaluación Satisfactoria para el Participante se encontró que la mayoría respondió que eran suficientes el número de sesiones (100%), la frecuencia (95.1%), la duración (95.1%) y el contenido (97.5%) de las mismas. Los hallazgos del presente estudio contribuyen al desarrollo y avance de la ciencia de enfermería al poner a prueba una intervención breve que incluyó atención plena y consejería breve, bajo un modelo teórico sólido para abordar el problema del consumo de tabaco. Además los resultados de esta intervención abren una oportunidad a futuro de ampliación del rol profesional de enfermería en atención primaria ofreciendo este tratamiento a personas que desean dejar de fumar.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS _____

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco Teórico	9
Substracción Conceptual-Teórico-Empírica (C-T-E)	13
Estudios relacionados	28
Definición de Términos	52
Objetivos del estudio	56
Capítulo II	
Metodología	57
Diseño del Estudio	57
Población, Muestreo y Muestra	58
Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación	58
Instrumentación	59
Proceso de Reclutamiento y Selección de Participantes	66
Reclutamiento y Selección de Facilitadores	67
Aplicación de la Intervención Holística de Enfermería	68

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Seguimiento Telefónico	69
Consideraciones Éticas	71
Consideraciones de Bioseguridad	73
Plan de Análisis Estadístico	74
Capítulo III	
Resultados	76
Confiabilidad de los Instrumentos	76
Estadística Descriptiva	77
Datos Descriptivos por Instrumento	81
Distribución de las Variables	108
Objetivos: Específicos	109
Objetivos: Evaluación de la intervención	112
Capítulo IV	
Discusión	116
Conclusión	125
Limitaciones	127
Recomendaciones	127

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Referencias	129
Apéndices	153
A. Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA; McConnaughy, Prochaska y Velicer, 1983; Prochaska et al., 1992)	154
B. Cédula Filtro	155
C. Cédula de Datos Sociodemográficos y de Consumo de Tabaco	156
D. Test De Fagerström (Karl O. Fagerstrom, 1999)	158
E. Línea Base Retrospectiva (LIBARE)	163
F. Test DASS-21 (Hermanos Lovibonden, 1995)	164
G. Escala de Impresión Global de Cambio del Paciente	165
H. Tapete para la Práctica de Atención Plena	166
I. Consentimiento Informado	167
J. Manual del Facilitador	169

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Resumen Autobiográfico	170

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Esquema del Diseño Pre Experimental dos Mediciones	57
2. Pruebas estadísticas por objetivo	75
3. Confiabilidad de los instrumentos	76
4. Características Sociodemográficas y laborales	77
5. Características del inicio del consumo de tabaco	78
6. Características del consumo de tabaco	79
7. Nivel de dependencia a la nicotina	80
8. Variables continuas de las características sociodemográficas y de consumo	81
9. Frecuencias y porcentajes de la Escala de Dependencia a la Nicotina Fagerstrom	82
10. Escala de Dependencia a la Nicotina Fagerstrom reactivos	83
11. Frecuencias y porcentajes del Test DASS-21	84
12. Reactivos del Test DASS-21	88
13. Frecuencias y porcentajes del Cuestionario de las Cinco Facetas de Mindfulness (FFMQ; Baer et al, 2006)	89
14. Reactivos del Cuestionario de las Cinco Facetas de Mindfulness	98

Lista de Tablas

Tabla	Pá
15. Frecuencias y porcentajes del Cuestionario de Cuestionario sobre Confianza ante Ciertas Situaciones (SCQ-39)	100
16. Reactivos del Cuestionario de Cuestionario sobre Confianza ante Ciertas Situaciones (SCQ-39)	107
17. Medidas de Tendencia Central, de Dispersión y Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors	108
18. Prueba de W de Wilcoxon para muestras relacionadas pretest y posttest, objetivo 3	109
19. Prueba de W de Wilcoxon para muestras relacionadas pretest y posttest, objetivo 4	111
20. Prueba del Signo para la cotinina en orina pretest- posttest, objetivo 5	112
21. Resultados de Escala de Impresión Global de Cambio del Paciente pos tratamiento (pregunta 1)	113
22. Resultados de Escala de Impresión Global de Cambio del Paciente pos tratamiento (pregunta 2)	114
23. Escala de Evaluación Satisfactoria para el Participante	115
24. Diferencias por sexo para el nivel de dependencia y el número de cigarrillos fumados por ocasión	115

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Teoría de Autotrascendencia	13
2. Conceptos de la Teoría de Autotrascendencia dentro de la Intervención.	24
3. Estructura Teórica- Conceptual- Empírica	27
4. Promedio de cigarrillos fumados por semana durante la intervención	110

Capítulo I

Introducción

El tabaquismo es una de las principales causas de defunción e incapacidad prevenible en el mundo (Centre for Disease Control and Prevention [CDC], 2011), además se considera un problema de salud pública en virtud de representar la segunda causa de muerte a nivel mundial; se estima que casi siete millones de personas fallecen por esta causa anualmente, además se reporta que 890,000 de estas defunciones son debido a la exposición al humo de manera pasiva (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). De acuerdo con las tendencias de la OMS respecto al uso de tabaco, se indica que para el año 2020 se duplicaran las cifras de defunciones actuales, esto será cerca de 10 millones de personas, lo que representará el 10% de la mortalidad mundial, asimismo para el año 2030 se calcula que el tabaquismo será la principal causa de muerte en el mundo. Lo anterior refleja una importante carga económica para los países, sobre todo para aquellos en vías de desarrollo, debido al aumento en los costos médicos, que se derivan de la atención de pacientes con enfermedades secundarias al tabaquismo, así como las defunciones ocurridas en individuos en edades productivas y la disminución de la productividad en los enfermos (National Institute on Alcohol Abuse [NIAA], 2015; OMS, 2011).

Respecto a México, el gasto aproximado por enfermedades relacionadas al tabaco es alrededor de 75 millones de pesos al año, sin considerar las enfermedades asociadas a la exposición al humo de tabaco ajeno, así como los costos indirectos por pérdida de la productividad, los cuales podrían llegar a ser tres veces más altos que los costos de atención médica (Warner, Hodgson & Carroll, 1999).

Según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016- 2017 dictaminó que la edad promedio de inicio para el consumo de tabaco fue de 18.8 años para los hombres y 21.0 años para las mujeres. Para ese mismo año el consumo de tabaco se encontró mayoritariamente en adultos con un 17.6% de la población adulta, el 27.1% de la población masculina y 8.7% de la población femenina, presentando un promedio de uso de 7.4 cigarrillos al día y de los cuales 1.8 millones son personas dependientes del tabaco (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2016-2017). Cabe destacar que a partir de la mayoría de edad, aumenta el riesgo de consumo de tabaco, así como la dependencia al mismo, ya que diversos autores mencionan que conforme la edad y las capacidades económicas aumentan, las personas tienen un mayor acceso y facilidades de adquisición de los productos de tabaco, así como un desarrollo de la dependencia más rápido, lo que constituye un factor de gran importancia a la hora de implementar acciones para reducir los daños asociados y limitar el riesgo de desarrollar enfermedades, por lo que la población adulta representa la población blanco más importante en el desarrollo de intervenciones que ayuden a la limitación de los daños (Ruiz, Isorna, Ruiz & Vaquero, 2016).

Por otro lado, la nicotina es la principal sustancia que contiene el tabaco, estudios han señalado que esta es la responsable del uso, mantenimiento y dependencia al consumo y es factor crucial del fracaso durante los tratamientos, además de ser un importante precursor de los componentes del tabaco que están asociados a la toxicidad fetal y al aumento del riesgo de enfermedades cardiovasculares, lo que resulta en muertes prematuras alrededor del mundo (CDC, 2011; NIAA, 2015). La Asociación Americana de Psicología (1996) ha definido la dependencia a la nicotina como un síndrome que se caracteriza por una combinación de síntomas y comportamientos, que incluyen la tolerancia, los síntomas reiterados de abstinencia, el deseo (craving) y el uso compulsivo de la nicotina (uso del tabaco), entre otros.

Uno de los efectos característicos de la dependencia a la nicotina, es su uso reiterado para manejar el estrés y los trastornos emocionales. Diversos estudios han encontrado múltiples determinantes de la motivación para el consumo de tabaco, entre los que destacan la búsqueda de la relajación ante el estrés de la vida, la costumbre o hábito, una baja autoeficacia para afrontar la presión de pares o del medio social, el deseo de estimulación al estar deprimido o el reducir la ansiedad y el estrés (Bnnasar et al., 2011; Duarte, Varela, Salazar, Lema & Tamayo, 2012; Leal, Ocampo & Cicero, 2010).

Ante este último hallazgo la literatura hace evidente que la baja autoeficacia para resistir las tentaciones ante el consumo, la depresión, el estrés y la ansiedad son factores asociados al consumo de tabaco. Una hipótesis que explica dicha relación es que el consumo del tabaco puede ser utilizado como una forma de afrontamiento disfuncional a estos factores, no obstante al dejar de fumar ya sea con o sin apoyo y tratamiento aunado a una baja autoeficacia para resistir la influencia de los pares/medio social, estos estados afectivos negativos (depresión, estrés, ansiedad) pueden influir en una recaída debido a que las personas desarrollan una fuerte dependencia al tabaco y pueden requerir de varios intentos y de multi tratamientos a largo plazo para alcanzar la abstinencia duradera (Calvete, 2005; Carmody, Vieten, & Astin, 2007; Domínguez & Pérez 2014; Kassel, Stroud & Paronis, 2003; Moreno & Medina, 2008).

En la actualidad existen distintos tipos de intervenciones que abordan diferentes aspectos del consumo, los más utilizados son la terapia cognitivo conductual y los tratamientos farmacológicos. La terapia cognitivo-conductual está basada en el asesoramiento, consejos breves, apoyo intensivo, reforzamiento de autoeficacia para resistir la tentación del consumo entre otros. Mientras el tratamiento farmacológico consiste en el empleo de fármacos que controlen los síntomas que produce la abstinencia

a la nicotina como lo es la Terapia de Reemplazo de Nicotina (TRN) en sus distintas modalidades como: parches, inhaladores y chicles, entre otros (Cañas et al., 2014).

Según el National Cancer Institute (NCI), las estrategias de intervención para la cesación del uso de tabaco reflejan tasas de éxito muy fluctuantes debido a que la evidencia disponible es insuficiente para apoyar las recomendaciones acerca de los componentes específicos de una intervención que deben ser aplicados. Por una parte, los ensayos de tratamientos farmacológicos muestran tasas de efectividad elevada a corto plazo en comparación con otros tratamientos, sin embargo presentan múltiples efectos adversos, como palpitaciones, angina de pecho, hipertensión, dolor torácico, visión borrosa, temblor de manos, náuseas, vómito e insomnio, aunado a que los sustitutos de la nicotina no siempre están disponibles gratuitamente, teniendo como resultado altas tasas de abandono en los tratamientos (Deutch Institute for Health Care, 2006; Fiore, Jaén, Baker & Bailey, 2008; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

Por otra parte las terapias cognitivo conductuales generalmente se centran en la enseñanza de habilidades de resistencia para evitar el consumo, mediante el aumento de la autoeficacia, la reestructuración de estados afectivos asociados al consumo de tabaco, en la reducción del estrés (por ejemplo, relajación práctica), en desviar la atención de las tentaciones, aprender estrategias cognitivas que reducen el estado de ánimo negativo y desarrollar mecanismos de apoyo social (Fiore, Jaén, Baker, & Bailey, 2008), sin embargo con frecuencia se aplican con un solo componente por lo que las tasas de éxito de esta modalidad de tratamiento son menores al 30% (Fernández, García, & Sanz, 2014).

De esta manera, la evidencia de los síntomas de la abstinencia y el deseo (craving) como perpetuadores de fumar, junto con la baja efectividad de los tratamientos actuales, pone de relieve la necesidad según el National Institute on Drug Abuse [NIDA] (2003) de proponer tratamientos multicomponentes innovadores para dejar de fumar

como intervenciones que incluyan el consejo breve, reforzamiento de la autoeficacia de resistencia, materiales de orientación, terapia de relajación- concentración, seguimiento y monitoreo ya que estos parecen ser más exitosos.

En este orden de ideas, organizaciones como la OMS y el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) en el Marco para el Control del Tabaco, exhortan a los profesionales de salud en especial a los de enfermería, a promover e implementar nuevas intervenciones, para el abandono del consumo de tabaco en razón de la influencia que estos tienen en el terreno de los estilos de vida promotores de salud. En una revisión realizada por Rice y Stead (2005) se hace evidente que las intervenciones de enfermería tienen un fuerte potencial para ayudar a los pacientes a dejar el hábito de fumar mediante el consejo breve junto con un refuerzo y algún tipo de seguimiento efectivo, como lo son las líneas de ayuda telefónica y materiales de apoyo (OMS, 2000).

Además el personal profesional de enfermería en los últimos 10 años se ha involucrado en intervenciones y programas basados en el consejo breve e información educativa en grupos de alto riesgo para dejar de fumar (mujeres embarazadas, adolescentes, adultos con enfermedades crónicas) con resultados exitosos (Elliot et al., 2003; Goudie, 2003). Asimismo se han aplicado intervenciones breves de enfermería en el ámbito escolar en adolescentes que desean dejar de fumar y han mostrado ser efectivos en aumentar la autoeficacia y la abstinencia (Pbert et al., 2006).

Por otra parte, en el contexto de las intervenciones cognitivo conductuales utilizadas por los profesionales de enfermería en las últimas décadas se ha desarrollado el entrenamiento en Atención Plena (AP), en el que destacan los programas: Reducción del Estrés Basado en la Atención Plena (REBAP) de Kabat-Zinn (2007) y Mindfulness Based Cognitive Therapy de Zindel Segal, Mark Williams y John Teasdale (2007), que han sido utilizados en numerosos programas de promoción y mantenimiento de la salud (Bodenlos, Noonan, & Wells, 2013; Chiesa & Serreti, 2014; Miró, 2007).

La AP puede entenderse como atención y conciencia plena centrándose en el momento presente, de forma activa y reflexiva (Vallejo, 2008), destacando el focalizar la atención en las experiencias que se están viviendo en el momento presente, de forma intencionada, y aceptándolas sin juzgarse a sí mismos (Kabat-Zinn, 1990).

Las aplicaciones clínicas de AP inicialmente estuvieron orientadas como un procedimiento de control fisiológico-emocional. Existe literatura que apoya su uso en una amplia gama de trastornos en el ámbito clínico. Diversos estudios muestran que la intervención en AP ayuda al incremento en la atención, bienestar subjetivo, empatía y esperanza en pacientes con cáncer, trastornos de salud mental, posoperatorios, entre otros (Shapiro, Brown, Thoresen & Plante, 2011). Además ha mostrado su efectividad y se ha usado exitosamente en reducir el estrés, ansiedad y depresión en personas sanas y enfermas (Arch, et al., 2013; Chiesa & Serretti, 2011; Fjorback, et al., 2011; Nyklicek & Kuijpers, 2008; Praissman, 2008; Vollestad, Sivertsen & Nielsen, 2011).

De igual manera la AP ha sido utilizada como tratamiento en conductas adictivas como el consumo de alcohol, mariguana y tabaco, mostrando resultados efectivos en la reducción y abandono del consumo y en el bienestar (Chiesa & Serretti, 2014; Davis, et al., 2015; De Souza, et al., 2015; Tang, Tang & Posner, 2013). Sin embargo, distintos autores (Brewer et al., 2011; De Dios, et al., 2014; Mermelstein & Garske, 2015) recomiendan seguir utilizando esta intervención en diferentes modalidades y utilizar adicionalmente componentes motivacionales y de apoyo para aumentar las tasas de éxito.

En este sentido Teixeira (2008) menciona que la AP es un ejemplo de práctica que puede facilitar la adquisición de los cuatro atributos que hacen posible el desarrollo de la autotrascendencia: al ser consciente de uno mismo, fomentar la interconexión con el medio ambiente interno y externo, al coadyuvar a la expansión de la conciencia, entre otras. En donde esta terapia ayuda a las personas a concentrarse en la respiración,

permitiendo a la mente soltar el pasado y las preocupaciones futuras. Brindando la oportunidad de desarrollar una capacidad de centrarse en sí mismo en el momento presente incluyendo a los demás, permitiendo a la persona sentirse conectada tanto interna como externamente y así reconocer y aceptar las experiencias vividas para lograr el bienestar.

Reed (1991) en su Teoría de Enfermería de Rango Medio de la Autotrascendencia, la define como una capacidad evolutiva del individuo, necesaria para que la persona consiga una sensación continua de plenitud y conexión consigo mismo y con el entorno, además de ser un componente esencial de la sabiduría. La describe también como una expansión multidimensional de los límites de cada persona hacia adentro (intrapersonal), hacia afuera (interpersonal), temporalmente (integrando el pasado y el futuro en el presente) y transpersonal (espiritualidad). Otro concepto importante de la teoría de Reed (1991) es la vulnerabilidad definida como la conciencia que tiene la persona sobre su naturaleza mortal que se desarrolla durante cualquier crisis vital que podría percibirse o experimentarse como difícil o potencialmente estresante, como la enfermedad, la discapacidad, la pérdida, los problemas en el trabajo, crisis existenciales, entre otras. Además las distintas fluctuaciones que se pueden producir en la relación de la vulnerabilidad y la autotrascendencia dependerán de los factores mediadores/ moderadores personales y/o contextuales.

Es importante destacar que las metas de enfermería se enfocan particularmente en lograr el bienestar de los individuos en su particular contexto. Por lo que existe un interés en la disciplina de enfermería en el desarrollo de intervenciones preventivas que eviten el uso del cigarrillo por los múltiples daños antes citados y en el caso de personas fumadoras brindar un cuidado que contribuya a la limitación de daños por el uso del tabaco, buscando reducir el consumo o alcanzar la abstinencia y lograr el bienestar. En razón a lo anterior se requiere de la integración de teoría a la práctica, lo cual es

fundamental dada la complejidad del fenómeno de estudio. La revisión de literatura hasta el momento indica que son escasos los modelos o teorías de enfermería que se han utilizado específicamente en el diseño de intervenciones holísticas de enfermería en el área de adicciones a las drogas y en específico para el logro de la abstinencia de la conducta de uso del tabaco. Lo anterior se reflexiona en virtud de la naturaleza de la conducta de consumo de tabaco que requiere del análisis integral del fenómeno y del cuidado que se ofrezca con un enfoque holístico propio de enfermería.

Por ello, el presente estudio tuvo el principal objetivo: valorar la factibilidad y efectividad de una intervención holística de enfermería mediante el Consejo Breve y Atención Plena para la reducción del uso de tabaco, la reducción de ansiedad, estrés y síntomas depresivos y el aumento de autoeficacia y autotrascendencia intrapersonal en personas adultas de 18 a 59 años.

En este sentido la propuesta de intervención tiene una estructura integrativa que se considera holística pues pretende abordar al ser humano como una totalidad, es decir, en todas sus dimensiones, física, social, emocional y espiritual, que coadyuve a intervenir para lograr la recuperación o abandono (abstinencia) de la conducta de consumo de tabaco (Bermejo, 2013). Por otro lado se consideró la Teoría de Autotrascendencia de Reed (1991) en virtud de los constructos principales de esta y su congruencia con la intervención planteada. El diseño de la intervención se sustentó en los programas de REBAP de Kabat-Zinn (2007), el programa de Mindfulness Based Cognitive Therapy de Zindel Segal, Mark Williams y John Teasdale (2007) y el protocolo de Consejo breve IDEAS (CONADIC & SSA, 2007).

La importancia de este estudio radica en varios ámbitos, ya que se aporta al bienestar físico y emocional (reducción del consumo) de la persona que desea dejar de fumar y al mismo tiempo se contribuye con un protocolo útil para enfermería que en el futuro represente una guía para el cuidado holístico en personas que desean reducir o

abandonar el consumo de tabaco. Asimismo, el protocolo se considera una innovación ya que está basado en teoría y evidencia científica y además combina dos terapias: Consejo Breve (CONADIC & SSA, 2007) y Atención Plena (Kabat-Zinn, 2007; Zinel Segal, Mark Williams y John Teasdale, 2007), que se han utilizado en forma independiente con la finalidad de reducir el consumo de tabaco.

Marco Teórico

A continuación se presenta la Teoría de Autotrascendencia la cual fue considerada en el diseño de la presente intervención. Alonso-Cabrera (2004) menciona que una teoría ofrece, junto con las evidencias y la evaluación, los pilares en que se fundamenta la requerida acción humana científica y profesional contemporánea en salud pública. El uso de un referente, es decir un modelo o teoría, facilita la comprensión de una situación o problema de salud, de cómo los individuos o colectivos realizan o modifican su comportamiento así como de las características y dinámica del contexto en que estos eventos ocurren. Por lo tanto para el diseño, implementación y evaluación de este estudio se utilizó la Teoría de Autotrascendencia de Pamela Reed (1991) y adicionalmente el concepto de Autoeficacia de Bandura (1977), los cuales favorecieron la comprensión del comportamiento del consumo de tabaco.

Teoría de Autotrascendencia.

La teoría de la autotrascendencia de Pamela Reed (1991) es una teoría empírica de enfermería, que fue desarrollada para reconocer la naturaleza del crecimiento y desarrollo natural de los seres humanos y su relevancia en el desarrollo en el bienestar. El término desarrollo se utiliza para precisar el cambio constante e innovador que ocurre entre los seres humanos y sus particulares contextos. El propósito de la teoría es la comprensión del bienestar en la adultez o en el proceso de crecimiento.

Pamela Reed propuso su teoría fundamentada principalmente en la teoría del ciclo vital sobre el desarrollo social, cognitivo y transpersonal de los adultos, que tenía sus raíces en la propuesta de Piaget, en relación con la idea de que el ser humano transita a través de la vida, de un pensamiento concreto a uno abstracto denominado de operaciones formales.

Otro de los puntos esenciales para la formulación de la Teoría de Autotrascendencia fue la propuesta de los seres humanos unitarios de Martha Rodgers, en particular sus tres principios hemodinámicos: el principio de la integralidad, que sostiene que el desarrollo humano depende de una serie de factores que son tanto humanos como contextuales, y que el conflicto que se genera entre la persona y su medio es fundamental en el desarrollo; el principio de helicidad que caracteriza el desarrollo humano como innovador e impredecible y señala que el cambio innovador es posible a través del desarrollo de la vida; y el principio de resonancia que señala que el desarrollo humano si bien es impredecible tiene un patrón y un propósito.

La Teoría de Autotrascendencia de Pamela Reed (1991) consta de cinco conceptos principales, los cuales se describen a continuación:

1. La autotrascendencia es definida por Reed (1991) como la capacidad de ampliar los límites auto conceptuales de una persona o que reconoce en el entorno o una fluctuación de estos límites, de una manera multidimensional: intrapersonal (la expansión de sí mismo hacia el interior) a través de actividades introspectivas que lleven a una mayor conciencia de los propios puntos de vista, filosofía de la vida, valores e ideales; interpersonal (hacia afuera), aumentando las relaciones con los demás y a través de las preocupaciones sobre el bienestar de los demás y el entorno; temporalmente, mediante la integración del propio pasado y el futuro sin aferrarse a ellos, de tal manera que dé sentido al presente y este quede ampliado y reforzado para poder confrontar las situaciones adversas; y finalmente transpersonalmente,

mediante la conexión con dimensiones que están más allá del mundo perceptible al hacer conexión con un ser superior. La autotranscendencia es evocada a través de estas experiencias y puede conducir al bienestar, al transformar los significados de esta experiencia en salud o bienestar. Por lo tanto el núcleo de la autotranscendencia es ampliar las fronteras de uno mismo a través de auto-conexión y el auto-conocimiento.

Asimismo, la autotranscendencia necesita en conjunto el desarrollo de sus cuatro atributos los cuales coadyuvan a este proceso de desarrollo intrínseco. El primero de estos atributos es el ser consciente y es descrito como un despertar, no sólo de la propia conciencia, sino también de lo que rodea a la persona, incluyendo la familia, los demás y el medio ambiente. En donde el sentido de conciencia ocurre en el aquí y ahora, al despejar la mente del pasado y el futuro. La interconexión con sí mismo, los demás y el universo es el segundo atributo de la autotranscendencia, cualquiera que sea la circunstancia de la vida, esta interconexión debe ser sentida y experimentada gracias a la cual se adquiere una profunda introspección y reflexión sobre el concepto de sí mismo para que la persona se vuelva a identificar y a descubrir. El tercer atributo es la expansión de la conciencia y es descrita como la capacidad de la persona de relacionarse consigo mismo, los demás y el medio ambiente sin límites, en donde este nuevo sentido de la realidad no tiene tiempo o límites espaciales. En donde los procesos neurobiológicos que ocurren en el cerebro permiten a una persona experimentar la vida más allá de los límites terrenales, la expansión de la conciencia puede ampliarse más allá del universo al experimentar lo trascendente (Dios) o el bienestar. La energía creativa es el último de los atributos de la autotranscendencia y esto incluye la intuición, la espiritualidad y el misticismo, una persona autotranscendente es descrita como aquella que está abierta a las posibilidades es intuitiva, creativa, compasiva y espiritual (Teixeira, 2008).

2. La vulnerabilidad es definida como la conciencia de la mortalidad personal y la probabilidad de experimentar eventos difíciles de la vida que podrían ser percibidos por la persona como estresantes, como lo es la enfermedad, la discapacidad, la pérdida, los problemas en el trabajo, crisis existenciales, entre otras. Por lo que Reed la asume como el contexto en el que ocurre la maduración o desarrollo de la vida. Por lo que la vulnerabilidad es entendida como un evento de vida potencialmente difícil o estresante que aumenta el propio sentido de la mortalidad o de insuficiencia y puede (si no destruye el yo interior del individuo) provocar progreso de desarrollo hacia un sentido renovado de identidad (Corless, Gemrino & Pittman, 1994; Frankl, 1963; Marshall, 1980).
3. El bienestar se define como una sensación de plenitud (estar completo) y de salud, según los criterios de cada persona. Además el bienestar puede ser definido de forma diferente esto depende de cada individuo o grupos de individuos. De esta manera los indicadores de bienestar son diversos como lo son las percepciones del ser humano sobre salud y bienestar (Reed, 1991).
4. Los factores moderadores-mediadores son aquellos factores personales, como edad, género, habilidades cognitivas, estado de salud, las experiencias que se han tenido a lo largo de la vida, el entorno social, los acontecimientos históricos y la religiosidad, entre otros y estos pueden influir positiva o negativamente en el bienestar.
5. Los puntos de intervención de enfermería son aquellos que se enfocan directamente en apoyar el fortalecimiento de la autotrascendencia o que buscan el modelamiento del efecto de los factores en las relaciones entre la autotrascendencia, la vulnerabilidad y el bienestar.

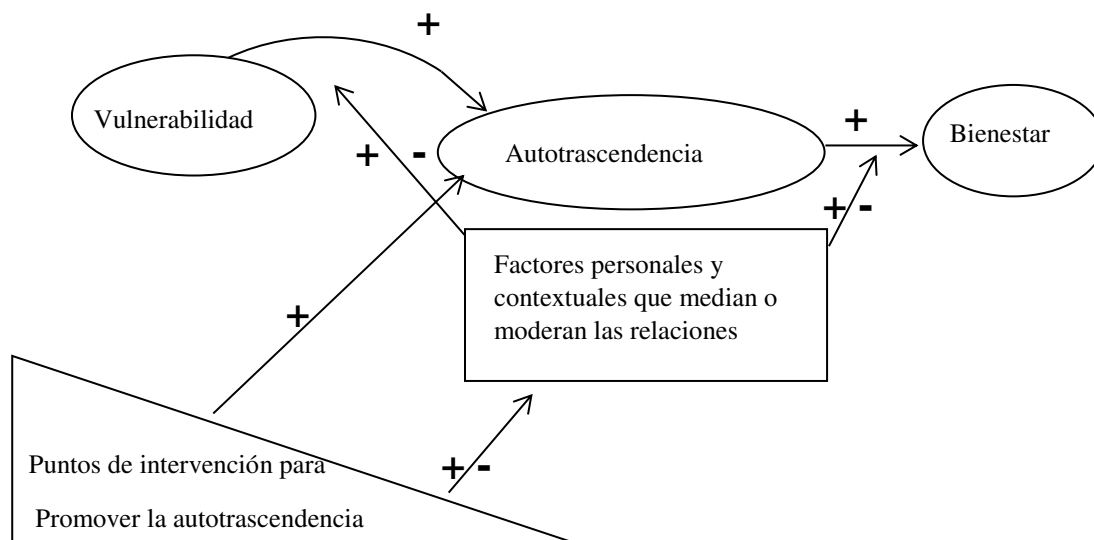


Figura 1. Teoría de Autotranscendencia

La figura 1 representa el esquema de la Teoría de Autotranscendencia de Pamela Reed (1991), en donde la vulnerabilidad tiene una relación no lineal con la autotranscendencia, la autotranscendencia se relaciona positivamente con el bienestar, los factores mediadores y/o moderadores pueden influir en las relaciones entre vulnerabilidad y autotranscendencia y entre la autotranscendencia y el bienestar y los puntos de intervención se relacionan positivamente con la autotranscendencia y buscan el modelamiento en las relaciones antes planteadas.

Substracción Conceptual-Teórico-Empírica (C-T-E)

La técnica de Substracción C-T-E se utiliza para analizar los componentes estructurales de una teoría, la cual es usada para determinar exactamente lo que dice un Modelo Conceptual o una Teoría de Rango Medio (TRM); permite la identificación de los conceptos y las proposiciones que establece, así como la identificación de un método empírico para la investigación. El resultado de la Substracción C-T-E es una versión clara, concisa y gráfica de la estructura de los componentes teóricos y empíricos de una teoría (Fawcett, 2005).

Paso 1: Identificación de conceptos

El primer paso en la Substracción C-T-E es la identificación de los conceptos (Fawcett, 2005); para el presente estudio se seleccionó la Teoría de la Autotrascendencia en virtud de que permite comprender como el individuo alcanza el bienestar en medio de situaciones difíciles como lo es el cambio de una conducta dañina y altamente adictiva como el consumo de tabaco. Los conceptos de la Teoría que se utilizaron en el presente estudio fueron: la Vulnerabilidad, la Autotrascendencia, el Bienestar y los Puntos de Intervención de Enfermería. Adicionalmente se incluyó el concepto de autoeficacia ya que diferentes autores mencionan que es de vital importancia agregar estrategias conductuales adicionales como la autoeficacia ya que ha demostrado un aumento de las tasas de abstinencia y la efectividad de las intervenciones para dejar de fumar, mejorando el bienestar de las personas (Alba, Murillo & Castillo, 2013; García, et al., 2015; Sanz et al., 2006).

Paso 2: Clasificación de los conceptos

El segundo paso es la clasificación de los conceptos en función de la Teoría (Fawcett, 1999). Los cuales se describen a continuación:

Vulnerabilidad.

La Vulnerabilidad en el ámbito de enfermería se ha definido de diferentes maneras; una de ellas centrada en las deficiencias y condiciones de debilidad de los grupos poblacionales y la otra centrada en la incapacidad de tomar decisiones y realizar acciones para lograr la salud (Yasuko-Icumi et al., 2008). La vulnerabilidad como concepto ha sido utilizada para identificar a las personas o poblaciones en peligro o riesgo. De manera que esta concepción implica determinar las características que hacen que estas personas sean vulnerables y que esta vulnerabilidad aparezca en algunos

momentos del desarrollo del ser humano, así como la influencia que tiene sobre ella los factores personales y el medio ambiente (Rodgers, 1997).

La literatura en el área de consumo de tabaco ha evidenciado que esta conducta, es un determinante para el aumento de la vulnerabilidad en la salud, de quienes lo consumen ya que aumenta significativamente la probabilidad de desarrollar distintos trastornos como los problemas cardiovasculares y sistémicos. Dentro de estos se encuentran: la formación de coágulos sanguíneos, debilitamiento de las paredes de los vasos sanguíneos en el cerebro, accidente cerebrovascular, arteriopatía coronaria, hipertensión arterial, cáncer (con mayor frecuencia en el pulmón, la boca, la laringe, esófago, el estómago, la vejiga, el riñón, cicatrización deficiente de una herida después de una cirugía, problemas pulmonares como EPOC o asma, problemas durante el embarazo, disminución de la capacidad para saborear y oler, entre otros (OMS, 2011).

Por otra parte la búsqueda de la relajación ante el estrés de la vida, el deseo de estimulación al estar deprimido o el reducir la tensión/ansiedad, son factores asociados que incrementan la vulnerabilidad o el riesgo del consumo de tabaco. Asimismo, estos síntomas no solo son determinantes del consumo, si no que a su vez aumentan la vulnerabilidad del abandono del tratamiento por ser los principales efectos iniciales del deseo por consumir (craving) (Bnnasar et al., 2011; Domínguez & Reyes, 2014; Duarte, Varela Salazar, Lema & Tamayo, 2012; Leal, Ocampo & Cicero, 2010).

Autotrascendencia intrapersonal.

La Autotrascendencia es definida por Reed (1991) como la capacidad que la persona percibe para expandir sus auto-límites; la autotrascendencia es multidimensional, se da hacia afuera interpersonalmente (influencia de los otros), hacia adentro intrapersonalmente (mediante una mayor conciencia de los propios puntos de vista, valores, sentimientos e ideales), temporalmente y transpersonalmente. La

Autotrascendencia intrapersonal permite a la persona distanciarse para reflexionar y tomar decisiones, por medio de la movilización de recursos personales que logran llevar al individuo a la adopción de medidas de precaución y prevención de las conductas riesgosas y es una capacidad evolutiva del individuo, necesaria para que la persona consiga tener una sensación continua de plenitud y conexión consigo misma y con el entorno (Reed, 2003).

Diferentes estudios han demostrado que la autotrascendencia intrapersonal está relacionada con el sentido de coherencia, el propósito en la vida, la fuerza interior, el optimismo y la espiritualidad. Estos son factores que representan una fuerza impulsora para el logro del bienestar y además son fortalezas internas cruciales para el mantenimiento de la salud y el manejo de adversidades (Buchanan, Farran, & Clark, 1995; Coward, 1996; Ellerman & Reed, 2001; Klaas, 1998; Neil, 2002).

Adicionalmente se ha encontrado que diversos estudios indican que el aumento de la autotrascendencia intrapersonal se correlaciona positivamente con el bienestar psicológico y físico e inversamente con las conductas adictivas, la depresión, ansiedad y el estrés (Bean & Wagner, 2002; Coward, 2003; Haugan et al., 2013; Haugan & Innstrand, 2012; Nygren et al, 2005; Stinson & Kirk, 2006).

Autoeficacia.

La autoeficacia es definida por Bandura (1977) como "la convicción de que uno puede exitosamente ejecutar un comportamiento requerido para producir los resultados". Este investigador propuso que las expectativas de autoeficacia determinan si se inicia el comportamiento para hacer frente a determinada circunstancia, cuánto esfuerzo estará dedicado, y cuánto será sostenida ante obstáculos y experiencias aversivas. Asimismo la definió como una variable cognitiva que se refiere a las creencias de los individuos en relación con el control de los acontecimientos en sus vidas (Bandura, 1977). En el

contexto de comportamiento de riesgo, se ha identificado que las personas con bajo nivel de autoeficacia es poco probable que puedan resistir a participar en comportamientos perjudiciales para su salud, mientras que los individuos con alta autoeficacia tienen mayor probabilidad a resistir los comportamientos de riesgo para la salud.

Diferentes autores mencionan que la baja autoeficacia se ha relacionado con el riesgo de realizar comportamientos dañinos a la salud como lo son específicamente el consumo excesivo de tabaco y alcohol (Dijkstra, Sweeney & Gebhardt, 2001). Engels, Hale, Noom y De Vries (2005) mencionan que los adolescentes con bajos niveles de autoeficacia y bajos niveles de ajuste emocional son más propensos a fumar cigarrillos de manera dañina. En relación a lo anterior Kinad y Webster (2010) mencionan que la autoeficacia puede ser una herramienta potencial para predecir el consumo de tabaco y alcohol y debe de ser utilizada como un elemento importante en las intervenciones para fortalecer las creencias sobre la propia capacidad para resistir la influencia social ante situaciones de riesgo de manera que se disminuye el grado en que los factores ambientales externos afectan el comportamiento (publicidad, influencia de los padres y/o influencia de los pares).

Consumo de tabaco.

Respecto al consumo de tabaco se define como la ingesta de tabaco medida a través de la cantidad de cigarros que consume la persona en un día y la frecuencia con que consume cigarros en un periodo determinado. De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana, para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones [NOM-028 SSA, 2009]; el tabaco es el producto de la planta “nicotina tabacum” cuya sustancia activa es la nicotina, tiene diferentes presentaciones, pero en la región la forma más común de consumir el tabaco es fumado.

La nicotina es altamente adictiva y al ser inhalada llega más rápidamente al cerebro, tardando aproximadamente siete segundos, esto explica porque el fumador siente una rápida gratificación. La recompensa que genera esta droga en el organismo es variable de fumador a fumador, generalmente el efecto que provoca es ansiolítico, antidepresivo, euforizante y relajante muscular. Estos efectos gratificantes son los que influyen en la persona para que consuma mayor cantidad de tabaco y con mayor frecuencia, pudiendo presentarse la dependencia (CONADIC, 2006).

Puntos de intervención de enfermería

Consejo Breve.

Según el National Institute on Drug Abuse por sus siglas en ingles NIDA (2003) el Consejo Breve (CB) es una de las modalidades de intervención que ha mostrado ser efectivo cuando se usa con un enfoque de prevención y limitación de riesgos bajo la aproximación teórica de la autoeficacia (Bandura, 1977) al: 1) mejorar los factores de protección y reducir los factores de riesgo; 2) tratar riesgos específicos a las características de la población (estrés percibido, depresión, ansiedad); 3) aumentar la competencia social con aptitudes de comunicación, relaciones con los compañeros, autoeficacia y técnicas para resistir la tentación del consumo; 4) fortalecer el compromiso personal de mantener una conducta saludable es decir abandonar el consumo de tabaco. De esta manera las intervenciones que cuentan con un componente como el consejo breve y se complementa con otra terapia cognitivo conductual que incluya materiales de autoayuda o de autocontrol, parecen ser los más efectivos.

El CB es entendido como una orientación y apoyo para dejar de fumar y se considera como una intervención de primera línea. Fiore y Baker (2011) indican que el Consejo Breve es un recurso que debe ser incluido en todas las terapias para la cesación

del consumo de tabaco en los servicios de salud debido a que su utilización ha demostrado aumentar las tasas de abstinencia (Alba, Murillo & Castillo, 2013).

El CB para dejar de fumar es el intercambio de información y mensajes verbales, o como toda intervención comportamental para la cesación del tabaco y es una actividad comunicativa entre profesional de la salud y paciente que promueve el desarrollo de capacidades para dejar de fumar (Alba, Murillo & Castillo, 2013). El National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2006) considera como CB aquellas intervenciones con una duración de hasta 30 minutos que implican una evaluación de inicio, la implementación de estrategias y acciones que favorezcan el cambio de conducta y una evaluación final (Cuijpers, Riper & Lemmers, 2004; Liska, et al., 2008; Medina, 2005). Para el presente estudio se utilizó el consejo breve como una herramienta para fortalecer la autoeficacia.

Atención Plena.

El concepto de AP tiene su origen en las tradiciones espirituales orientales que han sido modificadas y adaptadas para su uso clínico y terapéutico y se refiere a una forma de control de la atención desarrollada a través de prácticas de meditación (Baer, 2003).

La terapia de AP se ha operacionalizado y la conforman dos componentes: mantener la atención en la experiencia inmediata de la persona y mantener una actitud de aceptación hacia esta experiencia (Bishop et al., 2004); se cultiva y se desarrolla mediante la práctica de la meditación (Kabat-Zinn, 2007) y esta ofrece un método por el cual la persona puede ser menos reactiva a los eventos o crisis que la vida le presenta. La AP constituye una estrategia que permite comprender y relacionarse con la experiencia o los eventos vitales en su totalidad (ya sea positiva, negativa o neutra) y aporta una

herramienta con la cual es posible reducir el nivel general de sufrimiento, estrés y aumenta la autotrascendencia y el nivel de bienestar (Germer, Siegel & Fulton, 2005).

De forma más general la AP ha sido descrita como una clase de conciencia centrada en el presente, en la que cada pensamiento, sentimiento o sensación que surge en el campo atencional es reconocido y aceptado tal y como es, sin emitir prejuicios (Teasdale et al., 2002). Kabat-Zinn (2007) señala que la AP consiste en el proceso de observar detenidamente el cuerpo y mente. Asimismo permitir que las experiencias se vayan desplegando momento a momento y aceptarlas como son. Lo cual no implica rechazar las ideas ni intentar fijarlas ni suprimirlas ni controlar nada en absoluto que no sea el enfoque y la dirección de la atención. Kabat-Zinn indica que la práctica de AP implica que cada persona se permita a sí mismo el estar donde se está o donde desea estar, familiarizándose más con las propias experiencias.

Actualmente en el ámbito clínico la AP ha mostrado su efecto en numerosas investigaciones como el cáncer, psoriasis, fibromialgia, hipertensión, asma, infarto de miocardio, SIDA, en diferentes trastornos psicológicos como ansiedad, depresión, trastornos de la personalidad, psicosis, trastorno obsesivo compulsivo, para la reducción del estrés crónico (laboral, familiar, docente), para la mejora de la calidad de vida, el incremento del bienestar general y de la satisfacción vital. Además de que ha utilizado una adaptación del programa de AP para el estrés, moderación del craving, uso de cigarrillos, alcohol y mariguana (Baer, 2003; Brewer, 2011; Brow & Ryan, 2003; Brown, Ryan & Creswell, 2007; Chiesa & Serreti, 2011; Grossman, Niemann, Schmidt, & Walach, 2004; Steinberg, et al., 2007).

En el ámbito de AP destaca el programa de entrenamiento psicoeducativo de ocho sesiones desarrollado por Jon Kabat-Zinn: Mindfulness-Based Stress Reduction o MBSR por sus siglas en inglés (Kabat-Zinn, 1982, 1990, 2007a) y el programa de Mindfulness Based Cognitive Therapy de Zindel Segal, Mark Williams y John Teasdale

(2007). Las principales técnicas y ejercicios de entrenamiento en AP que se utilizan en estos programas son: el ejercicio de la uva pasa, la atención plena a la respiración, la técnica de contemplación de las sensaciones corporales o body-scan, el yoga, meditar caminando y la atención plena en las actividades de la vida cotidiana (como vestirse, lavar los platos, asearse, comer, convivir entre otros).

Kabat-Zinn (2003) señala siete elementos primordiales relacionados con la práctica de la AP que pretenden incrementar la autotrascendencia:

1. No juzgar. La atención plena se cultiva asumiendo la postura de testigos imparciales de nuestra propia experiencia (síndrome de abstinencia producido, al intentar dejar el hábito de consumo de tabaco), siendo conscientes del constante flujo de juicios y de reacciones a las experiencias tanto internas como externas para así poder salir de ellas. Es importante que durante la práctica la persona se dé cuenta de esta capacidad enjuiciadora y limitarse a observar el ir y venir de pensamientos y juicios, no hay que actuar sobre ellos, ni bloquearlos, ni aferrarse, simplemente se observan y se dejan ir.

2. Paciencia. La paciencia demuestra que se comprende y se acepta el hecho de que, a veces, las cosas se tienen que desplegar cuando les toca, como por ejemplo llegar a la abstinencia del consumo de tabaco. Permitir que las cosas sucedan a su debido tiempo. Tener paciencia consiste sencillamente en estar totalmente abierto a cada momento, aceptándolo como tal.

3. Mente de principiante. Para ver la riqueza del momento presente, la AP enseña a promover la actitud mental de estar dispuesto a ver las cosas como si fuera la primera vez y mantenerse abierto a nuevas potencialidades y a visualizar el abandono o la reducción del consumo de tabaco poco a poco.

4. Confianza. El desarrollo de una confianza básica en sí mismo para reducir o abandonar la conducta y constituye parte vital del entrenamiento en AP. Se recomienda confiar en la intuición y en la propia autoridad, aunque se puedan cometer algunos “errores o recaídas” en el momento o durante el tratamiento.

5. No esforzarse. En el momento en que se utiliza la AP como un objetivo o como un medio para un fin, se está dejando de meditar, por paradójico que parezca meditar es el no-hacer, por eso cualquier esfuerzo por conseguir que la meditación tenga una finalidad no es más que un pensamiento más que está entorpeciendo la AP.

6. Aceptación. La aceptación significa ver las cosas como son en el presente. Es mostrarse receptivo y abierto a lo que se siente, se piense y se vea, aceptándolo porque está ahí en ese momento.

7. Ceder, dejar ir o soltar. Ceder significa no apegarse. En la práctica de la AP se deja de lado la tendencia a elevar determinados aspectos de la experiencia que se vive al abandonar o reducir el consumo de tabaco y a rechazar a quienes influyen esta conducta. Lo único que se debe hacer es dejar la experiencia tal y como es.

De las intervenciones de AP que han resultado eficaces para reducir el consumo de tabaco, alcohol, marihuana, se han conformado desde dos hasta veintidós sesiones todos de frecuencias semanales, con un promedio de diez sesiones en total y con una duración mínima de diez minutos y máxima de cuarenta y cinco, utilizando en su mayoría las formas de meditación de body-scan, meditar caminando, y la atención plena en las actividades de la vida cotidiana, y meditar al concentrarse en las sensaciones del cuerpo y la respiración. Asimismo, todos los estudios brindaron material didáctico para meditar escuchando grabaciones en casa, que posteriormente eran auto reportadas. Las sesiones además incluían material para evitar situaciones de recaídas, como afrontar el craving, y como enfrentar los síntomas de abstinencia (Brewer, et al., 2011; Davis, et al.

2015; De Dios et al., 2014; Elwafi, Witkiewitz, Mallik, Thornhill & Brewer, 2013; Mermelstein & Garske, 2015; Tang, Tang & Posner, 2013).

De esta manera a través de estos componentes, la AP se ha planteado la hipótesis de que esta intervención puede ser eficaz como terapia para reducir el consumo de tabaco o abandonar la conducta, cuando se hace consciente el comportamiento y aquellos factores que lo determinan y cuando la intervención orienta a la persona acerca de los componentes críticos de refuerzo positivo y negativo del hábito de fumar, mediante el aprendizaje asociativo (Brewer et al., 2011).

Por lo tanto, la terapia de AP tiene la ventaja de poder ser aprendida mediante una técnica que puede amortiguar y reestructurar los complejos procesos asociativos interrelacionados con el fumar (craving, ansiedad, estrés y síntomas depresivos) además de eliminar los posibles estímulos que podrían favorecer el consumo de tabaco. Así la AP puede ayudar a las personas que desean dejar de fumar a aprender una terapia (técnica) que les ayude a afrontar el afecto negativo, el deseo y los síntomas de abstinencia a la nicotina que se produce en la deshabituación al tabaco sin reaccionar de la manera habitual. De esta manera se utilizó la AP como una herramienta para favorecer la autotranscendencia intrapersonal y reducir el estrés, ansiedad y síntomas depresivos.

En la siguiente Figura se muestra una visión más clara de los conceptos de la Teoría utilizados en la presente intervención.

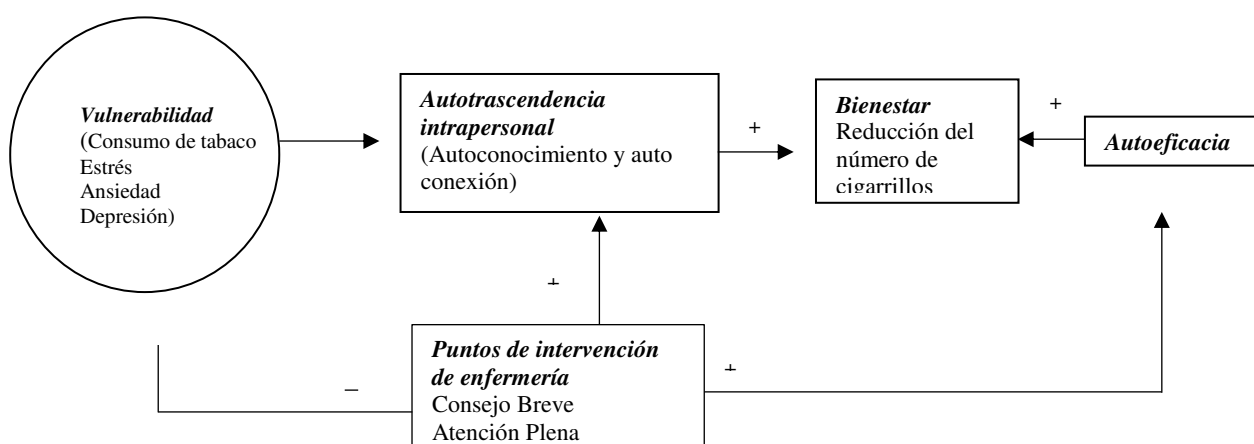


Figura 2. Conceptos de la Teoría de Autotrascendencia dentro de la Intervención.

Paso 3: Identificación y clasificación de las proposiciones

El tercer paso es la identificación y clasificación de las proposiciones de la Teoría (Fawcett, 1999). Las proposiciones de la Teoría de Autotrascendencia de Pamela Reed (1991) que respaldaron la intervención fueron las siguientes: “La autotrascendencia está relacionada de forma positiva con el bienestar”. La Autotrascendencia, como ya se mencionó anteriormente es un factor protector cuando se habla de enfrentar una situación potencialmente difícil y estresante, como lo es, el caso, de iniciar un tratamiento para dejar de fumar, ya que permite a la persona distanciarse para reflexionar y tomar decisiones, por medio de la movilización de recursos personales que logran llevar al individuo a la adopción de medidas de precaución y prevención de las conductas riesgosas.

En este sentido al extrapolar al fenómeno de estudio, existe evidencia donde se señala que el entrenamiento en atención plena, coadyuva al desarrollo de los cuatro atributos de la autotrascendencia y promueve un estado de bienestar. Diversos estudios han sido realizados en ámbitos tanto clínicos como comunitarios y han mostrado efectos positivos (Cohen-Katz, et al., 2005; Kang, Choi & Ryu, 2009; Shapiro, Oman, Thoresen,

Plante & Flinders, 2008; Shapiro, Brown & Biegel, 2007), de modo que se favorece el autoconocimiento y auto conexión, se mejora el autocontrol y existe una mejoría en los síntomas del estado de ánimo asociados al consumo de sustancias adictivas y en el incremento del bienestar (Harley, Sprich, Safren, Jacobo, & Fava, 2008; Kenny & Williams, 2007; Kingston, Chadwick, Meron & Skinner, 2007; Schmidt, et al., 2011).

Por otro lado algunos autores mencionan que es de vital importancia agregar componentes motivacionales adicionales a las terapias cognitivo conductuales, los cuales puedan garantizar la obtención de herramientas conductuales para el aumento de la autoeficacia, para así confrontar situaciones eficazmente ante la tentación del consumo. Esto con el fin de mejorar las tasas de éxito y permanencia en los tratamientos así como efectos a largo plazo, (Bandura, 1977; Marlat & Gordon, 1985), mejorando el bienestar de las personas (Alba, Murillo & Castillo, 2013; García, et al., 2015; Sanz et al., 2006). Razón por la cual se adiciono el concepto de autoeficacia.

La segunda y última proposición que respalda el diseño de la intervención determina que “La relación entre la vulnerabilidad y la autotrascendencia no es lineal, no está relacionada en los niveles bajos o altos con un incremento en la autotrascendencia”. De acuerdo a esto, la literatura hace evidente que la depresión, estrés y la ansiedad son factores determinantes para el consumo de tabaco, de manera que las personas que presentan alguno o todos estos síntomas son más vulnerables a fumar que la población en general y revelan una importante reducción en la severidad de sus síntomas al consumir nicotina, al mismo tiempo que quienes fuman muestran índices más altos en las escalas de ansiedad, estrés y depresión.

Asimismo Becoña y Míguez (2004) mencionan que en los últimos años se ha encontrado una importante relación entre el consumo de tabaco y distintos trastornos de salud mental, especialmente depresión, ansiedad, esquizofrenia y alcoholismo. Algunos estudios de forma más o menos consistente revelan que, las personas que fuman

presentan mayores niveles de severidad en los síntomas de depresión, ansiedad y estrés (Ditchburn & Sellman, 2013; Lyvers, Carlopio, Vicole & Edwards, 2014; Morissette, Brown, Kamholz & Gulliver, 2006).

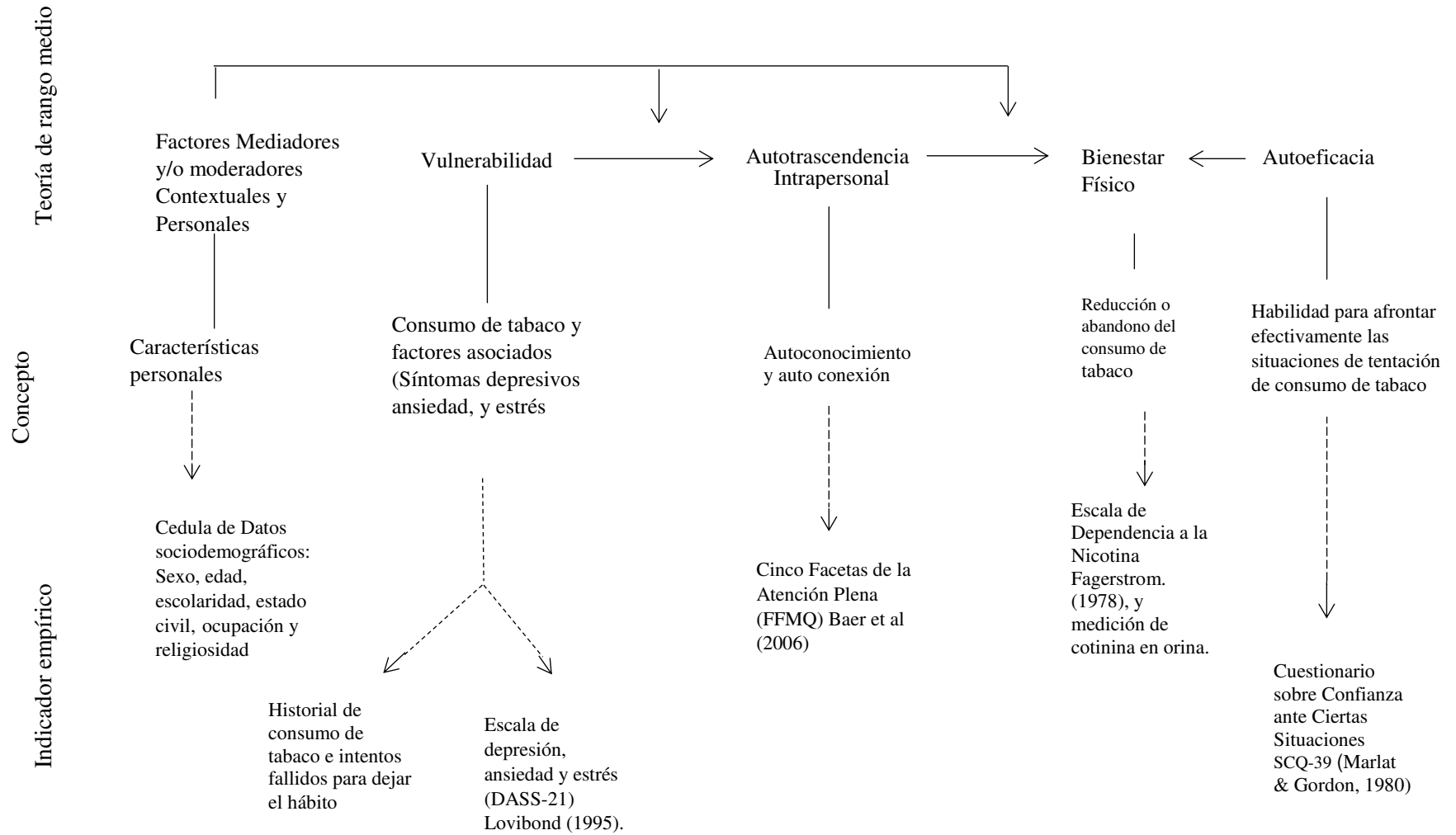
Becoña sugiere que la nicotina resulta una droga casi ideal para el que la consume, puesto que posee tanto propiedades estimulantes como tranquilizantes. En un estudio revisado por él, indica que fumar puede incrementar dichos trastornos, modularlos o existir una interacción entre ambos. Lo anterior puede derivar en que se mantenga el consumo de cigarrillos, que se utilice la nicotina como automedicación o que surja el trastorno si la persona deja de fumar, para lo que resulta aún más difícil dejar el hábito y hace más vulnerables a las personas para abandonar los tratamientos, por lo cual la persona puede tener algunos intentos previos para dejar de fumar (Becoña & Míguez, 2004).

Así, estos pacientes desarrollan una fuerte dependencia al tabaco, influyendo en sus auto límites, volviéndolos más vulnerables a las recaídas, de manera que pueden requerir de varios intentos y de tratamientos a largo plazo de multicomponentes para lograr la abstinencia y llegar al bienestar (Moreno & Medina, 2008).

Paso 4: Orden jerárquico y Paso 5: La construcción del diagrama

El cuarto paso es ordenar los conceptos en conjuntos, para el presente estudio las se clasificaron de acuerdo a su nivel de abstracción (Fawcett, 2005). De esta manera se adquiere un mayor entendimiento de como el conocimiento fluye de niveles puramente teóricos hasta empíricos (prácticos) los cuales se pueden observar de mayor a menos nivel de abstracción de manera descendente en la siguiente Figura. El último y quinto paso de la técnica de Substracción C-T-E descrita por Fawcett (2005), es la construcción de un diagrama de toda la estructura, la cual permite apreciar gráficamente los componentes conceptuales, teóricos y empíricos (Figura 3).

Figura 3. Estructura Teórica Conceptual Empírica



Estudios relacionados

A continuación, se presentan estudios relacionados que evaluaron las variables de estudio. Con el objetivo de conocer la evidencia empírica que apoya las proposiciones del estudio se realizó una revisión de la literatura publicada desde el año 2000 al 2015 en las bases de datos , Pubmed, Cambridge Journals, Academic Onefile, Academic Search Complete (Ebsco), Dialnet, Journal@Ovid, MedicLatina (Ebsco), Medline Full Text (Ebsco), Proquest, y Springer.

Vulnerabilidad: estrés, ansiedad, depresión y consumo de tabaco.

Soto et al. (2012) realizaron un estudio con el objetivo de describir el consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco y drogas ilegales) de jóvenes universitarios colombianos y analizar su relación con las motivaciones y la disponibilidad de recursos para el consumo. La muestra estuvo conformada por 1811 estudiantes de seis universidades colombianas, con edades entre los 15 y 24 años ($M=19.6$; $DE=2.0$) seleccionados mediante un muestreo por conveniencia. Respecto al consumo de tabaco los autores encontraron que el 3% de los universitarios fuma por lo menos una vez al día y el 10% lo hace varias veces a la semana, siendo los hombres los que con mayor proporción lo realizan ($t=6.650$; $p=0.001$). Respecto a las motivaciones para el consumo de cigarrillo encontraron que los principales motivos fueron: disminuir la tensión, ansiedad o el estrés (42.4%).

Además documentaron diferencias significativas en las puntuaciones de las prácticas de consumo de sustancias entre los jóvenes que cuentan y los que no cuentan con dinero para comprarlas ($U=223355$, $p=0.001$), cuentan o no con sitios donde vendan cigarrillos en la universidad ($U=199384$, $p=0.001$), cuentan o no con la existencia de sitios cercanos a la universidad donde vendan alcohol, cigarrillo o drogas ilegales ($U=237533$, $p=0.001$) y sitios que frecuente en los cuales vendan alcohol, cigarrillo o drogas ilegales ($U=208980$, $p=0.001$), en todos los casos, tener los recursos anteriores se relacionó con tener prácticas menos saludables. Los autores llegan a la conclusión de

que el consumo de alcohol y cigarrillo son drogas socialmente permitidas y utilizadas para facilitar la interacción social, así como un mecanismo de afrontamiento a estados de ánimo o dificultades como la tensión/ ansiedad y estrés que se viven en la vida diaria asimismo concluyen que los hombres consumen sustancias psicoactivas en mayor proporción y de forma significativa en comparación con las mujeres.

Villar et al. (2014) realizaron un estudio correlacional con el propósito de examinar la relación entre malestar psicológico (depresión, ansiedad y desesperanza) y el consumo de tabaco en una muestra de 1242 estudiantes universitarios de Colombia seleccionados aleatoriamente. Respecto a las variables sociodemográficas los autores encontraron un mayor porcentaje de fumadores diarios del sexo masculino ($X^2 = 9.8, p = .002$), el grupo de edad de 18 a 20 años ($X^2 = 22.96, p = .001$) y los estudiantes que pertenecían a las facultades de Ciencias de la Educación, Letras y de Enfermería ($X^2 = 26.84, p = .008$).

Respecto al consumo de tabaco y el malestar psicológico (depresión, ansiedad y desesperanza) los autores realizaron un análisis discriminante utilizando como variable de agrupación el consumo de tabaco (fumador vs no fumador) y como predictores las nueve dimensiones primarias de la escala para medir los factores de malestar psicológico. Los resultados señalan que las variables seleccionadas por la función discriminante fueron obsesión -compulsividad, sensibilidad interpersonal, ansiedad y depresión clasificando correctamente el 65.1% de los casos (Lambda de Wilks = .959, $X^2 = 51.94, p < .001$).

Cuando se controló el género, la única variable para el sexo masculino fue la hostilidad, clasificando correctamente el 68 % de los casos (Lambda de Wilks = .946, $X^2 = 24.37, p < .001$) y para el sexo femenino las variables fueron la sensibilidad interpersonal, depresión y ansiedad, clasificando correctamente el 62.5 % de los casos (Lambda de Wilks = .959, $X^2 = 33.14, p < .001$).

Asimismo se encontró una relación estadísticamente significativa entre la percepción de acontecimientos vitales estresantes durante el último año y el consumo de tabaco ($X^2=18.51, p=.005$) y se observó una asociación entre malestar psicológico y consumo de tabaco ($X^2=29.89, p<.001$). Los autores llegan a la conclusión de que existe un alto nivel de sintomatología afectiva y malestar psicológico relacionado con el hábito tabáquico.

González et al. (2012) realizaron un estudio correlacional con el objetivo de analizar la relación que existe entre la depresión y el consumo excesivo de tabaco y alcohol mediante un censo de 116, 214 estudiantes universitarios y de bachillerato en México. Para determinar las diferencias en la sintomatología depresiva entre los consumidores de alcohol y tabaco los autores realizaron un análisis de varianza (ANOVA) factorial. Los resultados mostraron que al comparar la sintomatología depresiva entre los grupos de consumo, los resultados indicaron mayores puntajes de depresión en el grupo de consumidores de ambas sustancias (alcohol y tabaco) ($M=11.3$), seguidos de usuarios excesivos de tabaco solamente ($M=10.7$) y de alcohol solamente ($M=10.5$); los no usuarios excesivos de las sustancias tuvieron puntajes significativamente menores de la sintomatología depresiva ($M=9.3$) ($p<0.05$). Los autores concluyen que el consumo de alcohol y el tabaco son conductas relacionadas con la depresión.

De forma sintética se puede concluir que entre algunos factores asociados al consumo de tabaco se encuentran, el pertenecer al sexo masculino, la depresión, el estrés, la ansiedad y que el consumo de tabaco puede ser utilizado como un medio para el afrontamiento para estos síntomas (Soto et al., 2012; González et al., 2014; Villar et al., 2014).

Autotrascendencia y depresión.

Kim, Hayward y Reed (2014) realizaron un estudio correlacional con el objetivo de determinar los efectos directos e indirectos de la perspectiva espiritual, la autotrascendencia, y el propósito de la vida sobre la depresión en 157 diadas de adultos mayores y cuidadores. Los autores encontraron que la autotrascendencia se relacionó positivamente el propósito de vida de ambos grupos (cuidadores: $r=0.30$, $p < 0.001$ y adultos mayores: $r=0.66$, $p < .001$), la perspectiva espiritual se relacionó positivamente con el propósito de vida solo para el grupo de adultos mayores ($r=0.66$, $p < .001$). Respecto al propósito de vida esta se correlacionó negativamente con la depresión en los adultos mayores ($r=-0.67$, $p < 0.001$), adicionalmente encontraron que la depresión de los adultos mayores se correlacionó negativamente con la autotrascendencia ($r=-0.36$, $p < .001$) y la perspectiva espiritual ($r=-0.38$, $p < .001$), además que este efecto fue mediado por el propósito de vida de los adultos mayores ($b=-.63$, $p < .001$).

Haugan e Innstrand (2012) estudiaron el efecto de la autotrascendencia de los adultos mayores con depresión que vivían en una residencia para su cuidado en España, 250 adultos mayores fueron incluidos en el estudio. Se utilizó un Modelo de Ecuaciones Estructurales (MEE) de las relaciones hipotéticas entre los constructos latentes de la depresión y la autotrascendencia. Se encontró que todas las estimaciones fueron significativas ($p < 0.05$), y las cargas factoriales oscilaron de 0.22 -0.72, $R^2 = 0.05-0.59$, mostrando una relación inversa, desde la autotrascendencia interpersonal a la depresión ($r = -0.30$, $p < .05$) y de la auto-trascendencia intrapersonal a la depresión ($r = -0.41$, $p < .05$). Un examen de los efectos totales de la autotrascendencia interpersonal y autotrascendencia intrapersonal sobre la depresión reveló efectos totales estadísticamente significativos de la autotrascendencia, tanto interpersonal e intrapersonal en todos los reactivos de la depresión. Llegando a la conclusión de que la autotrascendencia se correlaciona inversamente con la depresión.

Luchtman (2000) utilizó un diseño descriptivo correlacional con el objetivo de examinar el nivel de autotranscendencia y la relación de autotranscendencia y la depresión entre los residentes de un hogar de ancianos. La muestra estuvo conformada por 51 adultos mayores con una edad promedio de 85.5, el 25% de los participantes eran hombres y el 75% fueron mujeres ($n = 129$). La Inferencia estadística y análisis correlacional demostraron niveles altos de autotranscendencia ($M = 47.5$, $DE = 5.4$) y una relación inversa entre la autotranscendencia y la depresión ($r = -.41$; $p = .001$), lo que indica que a mayor autotranscendencia menor depresión.

Como síntesis se puede concluir que la autotranscendencia y la depresión de correlacionan inversamente (Haugan & Innstrand, 2012; Kim, Hayward & Reed, 2014; Luchtman, 2000).

Autotranscendencia y estrés/ ansiedad.

Thomas (2015) realizó un estudio correlacional con el propósito de describir las relaciones entre tres variables de autotranscendencia (autotranscendencia psicosocial, autotranscendencia espiritual, y autotranscendencia religiosa) y dos variables relacionadas con la salud: el estrés (como un indicador de la vulnerabilidad), y comportamientos que promueven la salud (como un indicador del bienestar), en 60 mujeres afroamericanas diagnosticadas con cáncer de mama elegidas aleatoriamente.

Los resultados mostraron que la autotranscendencia psicosocial se correlacionó negativa y significativamente con el malestar general de la enfermedad ($r = 0-.80$, $p < .001$) al igual que la autotranscendencia espiritual ($r = 0-.7$, $p < .001$) y la autotranscendencia religiosa ($r = 0-.51$, $p < .001$) asimismo la autotranscendencia psicosocial tuvo una correlación positiva y significativa con el nivel general de compromiso con la salud y la promoción de comportamientos ($r = 0.49$, $p < .001$) al igual que la autotranscendencia espiritual ($r = 0.54$, $p < .001$) y la autotranscendencia religiosa, ($r = 0.55$, $p < .001$).

Adicionalmente realizó un Modelo de Regresión Lineal Múltiple en el que encontró que cuatro variables fueron estadísticamente significativas para predecir el estrés, las cuales fueron la autotranscendencia psicosocial ($\beta = -.92, p < .001$) autotranscendencia religiosa ($\beta = -.38, p < .001$) , el nivel educacional ($\beta = -.20, p < .001$) y el soporte social ($\beta = .20, p < .001$) lo que represento el 76% de la varianza explicada, asimismo encontraron que la autotranscendencia psicosocial ($\beta = .83, p < .001$) autotranscendencia religiosa ($\beta = .50, p < .001$) , el número de hijos ($\beta = -.52, p < .001$) y el nivel educacional ($\beta = .34, p < .001$) fueron las variables que mejor predijeron las conductas promotoras de salud con un 60% de la varianza explicada.

Wong (2008) realizó un estudio con el propósito de explorar los efectos moderadores de la autotranscendencia en el bienestar psicológico en estudiantes universitarios que tenían estrés. Realizó un estudio correlacional con 788 estudiantes de Beijín elegidos por medio de un muestreo aleatorio simple.

Los resultados mostraron una diferencia significativa en el estrés percibido por sexo ($F = 21.67, p < .001$) y por año escolar ($F = 11.07, p < .005$). Asimismo el estrés se correlaciono negativamente con el sentido de coherencia ($r = -0.30, p < .05$) y el autoestima ($r = -0.37, p < .001$). Mediante un Análisis de Regresión Múltiple se mostró que la autotranscendencia tiene efectos moderados sobre el estrés ($\beta = -.37, p < .001$). Por lo que los autores del estudio concluyen que los estudiantes universitarios bajo estrés son susceptibles a beneficiarse con la auto-transcendencia.

Bean y Wagner (2002) realizaron un estudio en 471 personas trasplantadas de riñón que pertenecían a dos Hospitales especializados en trasplante de Estados Unidos, mediante un diseño de métodos mixto, correlacional, transversal y seccional con el objetivo de conocer cuáles son las relaciones entre la autotranscendencia y calidad de vida, el estrés y las variables sociodemográficas. En cuanto a los resultados encontraron que la puntuación de autotranscendencia ($M = 3.36, DE = 3.37$) tuvo una correlación positiva significativa con el Índice de Calidad de vida ($r = 0.51, p < .001$), estado de salud

($r = 0.28, p < .001$), sexo ($r = 0.11, p < .001$) y estar empleado ($r = 0.11, p < .001$). Asimismo se observó una correlación negativa significativa entre las puntuaciones de autotrascendencia y estrés ($r = -0.36, p < .001$), las puntuaciones de la escala de fatiga ($r = -0.20, p < .001$). Por lo que los autores llegan a la conclusión de que a mayor autotrascendencia mayor estado de salud, mayor calidad de vida, menor estrés y fatiga en pacientes trasplantados de riñón.

En síntesis los autores encontraron que la Autotrascendencia se correlaciona negativamente con el estrés/ansiedad (Bean & Wagner, 2002; Thomas, 2015; Wong, 2008).

Autotrascendencia y bienestar.

Matthews y Cook (2009) utilizaron un diseño correlacional con el objetivo de conocer la relación entre el optimismo, el bienestar emocional y la mediación conjunta de esta relación por el apoyo social percibido, el problema de afrontamiento y la autotrascendencia en mujeres con cáncer de mama durante la radioterapia en Colorado. La muestra estuvo conformada por 93 mujeres que recibían tratamiento de radiación para el cáncer de mama que acudían a hospitales de la comunidad en la región media del Atlántico. Respecto a los resultados un análisis de matriz de correlación mostro relaciones significativas entre el optimismo y la autotrascendencia ($r = .36, p < .001$) y la autotrascendencia con el bienestar ($r = .47, p < .001$).

Asimismo la autotrascendencia predijo el bienestar emocional después de controlar la variable de optimismo, ($F [1.88] 515.6, p < 0.001$) y el efecto indirecto de optimismo a través de autotrascendencia después de controlar la variable de síntomas de angustia mediante el test de Sobel fue estadísticamente significativo ($Z = 52.64, p = 0.008$). Aunque el efecto del optimismo sobre el bienestar disminuyó en este modelo, la relación del optimismo / bienestar siguió siendo significativa ($F [1.88], 56.43, p = 0.013$), lo que indica que la autotrascendencia media parcialmente esta relación.

Runquist y Reed (2007) realizaron un estudio con el objetivo de examinar las relaciones entre las variables de espiritualidad y autotranscendencia con el bienestar en adultos sin hogar en Estados Unidos. Un total de 61 personas sin hogar pertenecientes a un refugio completaron la muestra. Los resultados muestran que tanto la perspectiva espiritual ($r= 0.57, p <0.001$) y la autotranscendencia ($r= 0.68, p <0.001$) se correlacionaron positivamente con el bienestar. Del mismo modo, el estado de salud se correlacionó positivamente con el bienestar ($r= 0.57, p= 0.001$).

Adicionalmente los autores utilizaron un Modelo de Regresión Lineal Múltiple para determinar el grado en que las variables independientes (perspectiva espiritual, autotranscendencia y estado de salud) en conjunto explicaban la varianza en el bienestar. Sin embargo la perspectiva espiritual y la fatiga no entraron en análisis posterior, por lo tanto las variables de autotranscendencia y el estado de salud ($F [2. 53]= 40.43, p= 0.001$) explicaron 59 % de la varianza en el bienestar entre los adultos sin hogar

En forma sintética se puede concluir que la autotranscendencia se correlaciona positivamente con el bienestar, lo que significa que a mayor autotranscendencia mayor bienestar (Bean & Wagner, 2002; Matthews & Cook, 2009; Nygren et al, 2004; Runquist & Reed, 2007).

Autoeficacia y consumo de tabaco.

Morales, Díaz, Garrido, De Arenillas y Pascual (2011) realizaron un estudio correlacional con el propósito de analizar la relación que existe entre la autoeficacia, las tentaciones y el consumo de tabaco en estudiantes universitarios en una muestra de 145 estudiantes con una media de edad de 22.8 años. El análisis de los resultados refleja que existió diferencia significativa respecto a las tentaciones ($F_{(2.143)}=44.02; p<0.001$) y la autoeficacia ($F_{(2.143)}=83.47; p<0.001$). En cuanto al nivel de tentaciones percibido se observó que en el grupo de fumadores diarios ($M=29.85$) se presentó mayor tentación ante situaciones relacionadas con el tabaco, seguido de los ex fumadores ($M=19.29$) y

los fumadores ocasionales ($M=18.97$). En relación a la autoeficacia el grupo que reporto menor autoeficacia para enfrentar situaciones de riesgo para el consumo fue el de fumadores diarios ($M= 24.28$), seguido de fumadores ocasionales ($M=36.38$) y el grupo que se presentó con mayor autoeficacia fue el de ex fumadores ($M=40.41$).

Asimismo se encontraron correlaciones negativas significativas con las siguientes variables: nivel de dependencia ($t=-0.44$, $p<0.001$), historia de fumador ($t=-0.37$, $p<0.001$) y cantidad de tabaco ($t=-0.32$, $p<0.005$), como conclusiones los autores mencionan que a mayor nivel de dependencia al tabaco menor nivel de autoeficacia.

Palacios (2010) realizó un estudio correlacional con el objetivo de obtener en un modelo de ecuaciones estructurales, la validez factorial de la autoeficacia ante el consumo de tabaco, así como su relación estructural con la conducta e intención tabáquica en una muestra de 1012 jóvenes entre 14 y 22 años de la Ciudad de México.

La conducta de fumar se midió considerando la edad de inicio del consumo de tabaco, la frecuencia y la cantidad de consumo. Además se preguntó la probabilidad de fumar cigarros en un futuro. La autoeficacia se evaluó con reactivos que reflejan la capacidad para evitar consumir cigarros. Para el análisis de resultados el autor realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC) para establecer la validez factorial de la medida de autoeficacia relacionada al tabaco. Los análisis realizados con el AFC en los adolescentes consumidores de tabaco mostraron un ajuste a los datos, proporcionando validez factorial a la medida desarrollada. Los indicadores de bondad de ajuste absoluto [χ^2 2(5, N= 1012)= 66.05, $p<.001$; $GFI= .97$; $RMSEA= .08$; $p= 0.00$]; de ajuste incremental ($TLI= .95$; $RFI= .94$; $IFI= .97$, $CFI= .97$) y de ajuste de parsimonia ($AGFI= .92$, $NFI= .97$) mostraron ser adecuados.

El autor realizó un Modelo de Ecuaciones Estructurales para estimar empíricamente el modelo conceptual planteado entre la autoeficacia y la intención y conducta de fumar. Los resultados sugieren que la autoeficacia relacionada con el

consumo de tabaco tiene un efecto directo (coeficiente estructural de $-.65$) sobre la intención y conducta de fumar (coeficiente estructural de $-.40$). El modelo también sugiere que la autoeficacia tiene un efecto indirecto hacia la conducta a través de la intención (coeficiente estructural de $.49$), es decir, los jóvenes que tuvieron una menor capacidad para evitar consumir tabaco tuvieron una mayor intención y conducta de fumar.

El modelo presentó un Coeficiente de Determinación Múltiple R^2 en la estimación de la conducta de fumar de $.66$, lo que significó que la autoeficacia relacionada con el consumo de tabaco y la intención conductual de fumar explicaron el 66% de la varianza explicada del consumo de tabaco en jóvenes mexicanos. Además la intención conductual se encontró explicada en un 41% de la varianza por la autoeficacia para rechazar el consumo de cigarros. El autor llega a la conclusión que los jóvenes que tienen una menor capacidad para evitar consumir tabaco (autoeficacia) tendrán una mayor intención y conducta de fumar.

Como síntesis se puede concluir que a menores niveles de autoeficacia, mayor dependencia al consumo de tabaco (Morales, Díaz, Garrido, De Arenillas & Pascual, 2011; Palacios, 2010).

Intervenciones de Consejo Breve.

Alba, Murillo y Castillo (2013) realizaron una revisión sistemática de la literatura médica sobre eficacia y seguridad de la consejería para cesación del tabaquismo. Utilizaron la metodología ADAPTE buscando guías de práctica clínica (GPC) en bases de datos como Medline, EMBASE, CINAHL, LILACS y Cochrane. Mediante DELBI se seleccionaron GPC con puntaje mayor a 60 en rigor metodológico y aplicabilidad. Finalmente seleccionaron cinco GPC que incluían 44 revisiones sistemáticas y meta análisis. Como resultados encontraron que la consejería breve incrementa la abstinencia a seis meses entre 2.1% y 5.1% . El consejo cuya duración es entre tres y 10 minutos

incrementa la abstinencia en 5.1% ($RM= 1.6$; $IC\ 95\%=1.2-2.0$) y la consejería intensiva incrementa en 6.1% frente al consejo breve ($RR= 2.3$; $IC\ 95\%=2.0-2.7$).

El tiempo total de contacto -número de sesiones por duración- incrementa la cesación hasta en 17.4% hacia los 300 minutos, sin beneficio adicional después de este tiempo ($RM=1.9$; 3.0; 3.2; 2.8; $IC\ 95\%$). Concordantemente, el número de sesiones incrementa la cesación hasta en 12.3% ($RM=1.4$; 1.9; y 2,3) para tres, ocho y más de ocho sesiones. Los autores llegan a la conclusión que la consejería breve es eficaz en el incremento de la abstinencia de 2.1 a 17.4% y puede ser utilizada como complemento para aumentar la efectividad en las intervenciones para dejar de fumar.

Sanz et al. (2006) realizaron un ensayo clínico aleatorizado con el objetivo de determinar la efectividad de un programa de consejo antitabaco intensivo, sistemático, realizado por profesionales de enfermería. Se seleccionaron 125 participantes asignados al azar a un grupo control o uno intervención. El grupo control recibió un cuidado estándar y el grupo intervención recibió consejo breve más un seguimiento por enfermería. Los resultados mostraron que la efectividad de la intervención considerada como la tasa de abstinencia a los 12 meses, fue del 13.8% ($IC\ 95\%= 6.5- 24.7$) en el grupo intervención y del 6.7% ($IC\ 95\%=1.8-16.2$) en el grupo control, con una diferencia con tendencia a la significancia ($p=.053$). Los autores llegan a la conclusión de que el consejo breve puede ser una herramienta útil para la cesación del consumo de tabaco.

En un estudio realizado por García et al. (2015) con el objetivo conocer el impacto que tiene el Consejo Breve (CB), en el proceso para dejar de fumar, obtuvieron información de las campañas de salud respiratoria que realizó el Departamento de Investigación en Tabaquismo y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, entre 2011 y 2013. En donde encontraron que de acuerdo con diferentes estudios, el incremento de la abstinencia a partir del CB puede ir de 2 a 5%. Posteriormente realizaron un seguimiento

telefónico a todos aquellos participantes que recibieron el CB para dejar de fumar para conocer si el CB había tenido algún tipo de impacto.

Los autores buscaron 669 pacientes de los cuales solo se localizó a 538, el 6.7% dejaron de fumar, el 7.6% disminuyeron el consumo, asimismo el 12.8% sólo realizaron la entrevista que se hace para ingresar al tratamiento cognitivo-conductual de la clínica para dejar de fumar y el 16.3% se inscribieron posteriormente en algún otro programa. De quienes dijeron haber dejado de fumar, se corroboró el nivel de monóxido de carbono exhalado (eCO) encontrando 2 ppm en dos personas, 4 ppm en tres personas y 6 ppm en las cuatro restantes. El hallazgo más importante de estos autores es que el CB puede conseguir que 6.7% de los fumadores que lo reciben dejen de fumar cuando menos seis meses después y que el 16% comience un tratamiento adicional para dejar de fumar.

Los autores llegan a la conclusión de que el CB para dejar de fumar es una estrategia que impacta en la motivación para que las personas dejen de fumar, busquen tratamiento o disminuyan su consumo de cigarros con una sola intervención. Al considerar el bajo costo e inversión de recursos de esta implementación, se sugiere que sea adoptada por los profesionales de la salud en general.

En forma sintética se puede concluir que la consejería breve es una herramienta que puede ser utilizada para aumentar las tasas de abstinencia y la efectividad de las intervenciones para dejar de fumar (Alba, Murillo & Castillo, 2013; García et al., 2015; Sanz et al., 2006).

Intervenciones de Atención Plena.

A continuación se presentan estudios de intervención donde se aplica la atención plena en diferentes problemas de salud así como problemas relacionados con conductas adictivas, cabe destacar que ninguno de estos utilizó como sustento teórico un marco basado en la Teoría de Autotrascendencia de Reed (1991).

Davis et al. (2015) realizaron un estudio piloto experimental de atención plena vía web para reducir el consumo de tabaco en adultos de bajos recursos. Utilizaron un muestro no probabilístico con grupo control en 26 adultos que deseaban dejar de fumar. La intervención consistió en 8 sesiones semanales de atención plena con una duración de 15 a 30 minutos por medio de una página web donde se abordaban temas como que es la atención plena, atención plena para factores desencadenantes de fumar, momentos de la atención plena y la atención plena de emociones y situaciones de estrés, entre otros, asimismo se les dio un monitoreo telefónico el día en que los participantes decidieran dejar completamente el cigarrillo y posteriormente se les llamo dos veces por semana para realizar un monitoreo, hasta el final de la intervención.

Los resultados del estudio mostraron una reducción significativa para los niveles de ansiedad de la medición inicial ($M=.49$, $DE=.50$) y a las 4 semanas de seguimiento posteriores a la intervención ($M=.31$, $DE=.32$) ($t(17)=2.12$, $p=.049$) por otro lado la depresión y el estrés mostraron una disminución en los puntajes sin embargo estos cambios no fueron significativos. Asimismo no se mostraron diferencias significativas respecto a la disminución de las prevalencias de abstinencia de fumar a las 4 y 24 semanas después del intento de dejar de fumar.

De Souza et al. (2015) realizaron una revisión sistemática sobre las intervenciones basadas en atención plena como tratamiento para dejar de fumar. Los autores seleccionaron 13 ensayos clínicos controlados que abarcaron desde el año 2002 al 2014 utilizando las bases de datos de PsycINFO, PubMed, y Scopus. La mayoría de los estudios demostraron que los programas de atención plena han tenido efectos positivos en las tasas de dejar de fumar en comparación con los grupos control, sobre todo aquellos que manejan estrategias para dejar de fumar, prevención de recaídas, el número de cigarrillos fumados, la moderación de la atención plena en la fuerza de relación entre el craving y el tabaquismo, así como el desarrollo de estrategias para hacer frente a los factores desencadenantes de fumar y para favorecer el afrontamiento.

Los estudios también demostraron que los individuos que recibieron capacitación para la realización de la atención plena en casa, en comparación con los individuos que recibieron algún tratamiento estándar (Prohibición de fumar), no solamente presentaron una mayor disminución en el número de cigarrillos, sino también un mantenimiento en esta reducción en un seguimiento posterior a las 17 a 21 semanas. La mayor parte de los artículos correspondían a estudios experimentales de viabilidad con bajo riesgo de sesgo y los autores concluyen que la atención parece inducir efectos positivos sobre la salud mental, lo que podría contribuir al mantenimiento de la abstinencia del tabaco.

De Dios et al. (2014) realizaron un estudio aleatorio controlado para comprobar la efectividad de una intervención breve motivacional más atención plena para reducir el consumo de marihuana en mujeres jóvenes de 18 a 29 años, 34 mujeres fueron seleccionadas y asignadas aleatoriamente a un grupo control o al grupo experimental. La intervención motivacional estuvo basada en el programa MAPLE y 2 sesiones presenciales de atención plena más un CD para escuchar en casa y meditar diariamente por dos semanas, controlado mediante el auto reporte.

Las sesiones tuvieron una duración aproximada de 45 min donde se les enseñaba la técnica de atención plena mediante el mantenimiento de un estado mental sin prejuicios y centrado en el momento presente, así como generar una mayor conciencia de los pensamientos, sentimientos y reacciones propias, así como del entorno y los factores de estrés provocados por los síntomas de abstinencia. Dentro de los resultados se encontró que las participantes del grupo intervención usaron menos marihuana durante los primeros tres meses (\bar{X} = 6.15, p = .015; \bar{X} = 7.81, p = .005; \bar{X} = 6.83, p = .026) respectivamente, en comparación con el grupo control. Los autores concluyen que esta terapia puede ser funcional para el control de las conductas adictivas.

Mermelstein y Garsk (2015) realizaron un estudio piloto con el propósito de evaluar una intervención basada en atención plena para cambiar los comportamientos y percepciones sobre el uso de alcohol en estudiantes de 18 a 24 años que reportaron beber

alcohol en exceso. Utilizaron un muestreo aleatorio simple con asignación a grupo control o grupo intervención. Los participantes del grupo de intervención recibieron un folleto que explicaba los conceptos generales de la atención plena así como una sesión de atención plena semanal con el propósito de escuchar dos ejercicios de meditación con duración de 19 y 9 minutos respectivamente, donde se hacía referencia a la práctica de meditación consciente, centrada principalmente en la observación de la respiración, y un ejercicio de meditación destinado a aumentar el conocimiento y la observación de los pensamientos, sentimientos y sensaciones sin emitir juicio o reaccionar de manera negativa, asimismo se les hizo entrega de un CD con grabaciones de audio de ejercicios de atención plena y se les pidió que se comprometieran a realizar al menos 1 hora de la práctica de meditación por semana durante las siguientes 4 semanas.

Al grupo control solo se les brindó los folletos informativos. Los resultados mostraron que hubo una reducción en el índice de los problemas con el alcohol al finalizar la intervención en comparación con el grupo control ($M=6.89$, $DE=6.25$; vs $M=36.98$, $DE=5.84$, $p<.05$). El grupo de meditación informó 2.61 menos episodios de consumo excesivo con un efecto de tamaño grande (Cohen $d=0.86$). Los autores concluyen que el uso de la atención plena es una potencial herramienta para reducir el consumo de alcohol.

Morledge et al. (2013) realizaron un ensayo clínico aleatorizado con el objetivo de determinar la viabilidad de un programa de manejo del estrés basado en atención plena de 12 semanas, en 551 participantes asignados al azar al grupo de atención plena, un grupo de reducción de estrés a través de internet y un grupo control. Los autores encontraron que a las 12 semanas de intervención se encontraron diferencias significativas ($p<.001$) en los niveles de estrés percibido de los grupos de atención plena ($\bar{X}=15.1$, $DE=7.0$) e internet ($\bar{X}=16.0$, $DE=6.4$) en comparación con el grupo control ($\bar{X}=18.9$, $DE=7.3$), encontrando menores niveles de estrés para los grupos de intervención asimismo encontraron una diferencia significativa en los niveles de

autotrascendencia ($p<.001$) para el grupo de atención plena ($\bar{X}= 31.9$, $DE= 5.8$) e internet ($\bar{X}=31.1$, $DE=4.8$) en comparación con el grupo control ($\bar{X}= 29.4$, $DE=4.8$).

Asimismo se encontraron mayores niveles de bienestar psicológico ($p<.0004$) los grupos de atención plena ($\bar{X}= 63.7$, $DE=12.5$) e internet ($\bar{X}= 61.2$, $DE=13.5$) en comparación con el grupo control ($\bar{X}= 29.4$, $DE=4.8$), los autores llegan a la conclusión de que la terapia de atención plena así como los programas basados en internet, pueden ser útiles en la reducción de estrés y el aumento de la autotrascendencia y el bienestar psicológico, al mismo tiempo que son intervenciones efectivas y de bajo costo.

Elwafi, Witkiewitz Mallik, Thornhill y Brewer (2013) realizaron una réplica del estudio de Brewer (2011) mediante un ensayo clínico aleatorizado y controlado en una muestra de 33 adultos que deseaban dejar de fumar, añadiendo además la práctica obligatoria de la terapia de atención plena en casa diariamente, los resultados mostraron que la atención plena en casa predijo significativamente la reducción del uso del cigarro ($B = -1.52$, $p < 0.0001$), así como la práctica de la atención plena moderó el efecto del craving y el fumar al final del tratamiento ($B = 0.52$, $p = 0.03$). Asimismo se concluye que incrementar la práctica de atención plena en casa se correlaciona con una disminución del uso del cigarro ($r = -0.44$, $p < 0.02$).

Tang, Tang y Posner (2013) realizaron un ensayo clínico aleatorizado en una intervención de entrenamiento en atención plena con el objetivo de reducir el estrés, mejorar el auto control así como reducir el deseo de fumar y el craving en una muestra de 60 estudiantes universitarios de Estados Unidos fumadores y no fumadores los cuales fueron reclutados y asignados al azar a un grupo control o intervención. Los participantes que pertenecían al grupo intervención recibieron 30 minutos de práctica de atención plena durante 10 sesiones consecutivas en dos semanas, con un total de cinco horas de formación. Mientras que al grupo control solo se les enseñaron algunas técnicas de relajación.

Mediante la prueba de t los resultados indicaron que existe una reducción significativa de fumar en el grupo intervención ($p < 0.01$) en comparación con el grupo control. Para identificar los mecanismos cerebrales subyacentes a las reducciones observadas en los fumadores, se utilizó una amplitud fraccionada de baja frecuencia de fluctuación mediante una resonancia magnética funcional (FALFF) y un índice de la actividad cerebral intrínseca en estado de reposo. Antes del entrenamiento, se compararon los fumadores y no fumadores y se encontró que los fumadores presentaban menor actividad en la corteza cingulada anterior (CCA), en la corteza prefrontal (CP) lateral izquierda y en otras áreas durante el descanso ($p < .005$), lo que indicaba problemas de autocontrol.

Después de 2 semanas del entrenamiento en atención plena se encontró una mayor actividad en el CCA ($t=3.66$), CP medial/frontal inferior/ventrolateral ($t=4.99$) ($p < .005$) en comparación con el grupo control. Respecto al deseo de fumar no se encontraron diferencias significativas entre los grupos, sin embargo el efecto principal de la intervención fue una disminución en el craving en el grupo intervención ($F [1.23]=14.710$; $p = 0.001$) en comparación con el grupo control, por último no se encontraron diferencias significativas en la disminución del estrés. Se concluye que el entrenamiento en atención plena es útil para fortalecer la capacidad de autocontrol y reducir el craving.

Brewer et al. (2011) realizaron un ensayo clínico aleatorizado con el objetivo de comprobar la efectividad de la terapia de atención plena para dejar de fumar, el estudio se realizó en una muestra total de 88 adultos asignados aleatoriamente a un grupo control e intervención en una ciudad de Estados Unidos. La intervención estuvo compuesta por 8 sesiones impartidas dos veces a la semana en formato grupal. Los autores del estudio adaptaron un manual de terapia de atención plena para los usuarios de drogas, para el control del tabaquismo. Al grupo control se les brindó la misma información contenida en el programa, sin el entrenamiento.

Los resultados muestran que los individuos que recibieron la terapia de atención plena mostraron una mayor tasa de reducción del consumo de cigarrillos durante el tratamiento al finalizar la intervención ($F=480.48$, $gl=1.1$, $p<.001$) y estos resultados se mantuvieron durante el seguimiento ($F=7.01$, $gl=1.1$, $p=.008$), asimismo los individuos que recibieron la intervención mostraron mayor tasa en la prevalencia de abstinencia puntual al final de tratamiento (36% vs 15%, $X^2=3.45$, $gl=1$, $p=.063$) en comparación con el grupo control. Sin embargo estos resultados solo fueron significativos a las 17 semanas de seguimiento (31% vs 6%, $X^2=6.32$, $gl=1$, $p=.012$). Adicionalmente se realizó un análisis intra grupos en donde la práctica de atención plena formal ($r=-.442$, $gl=26$, $p=.019$) e informal en casa ($r=-.479$, $gl=26$, $p=.010$), se relacionaron con menor uso del cigarrillo.

Los autores concluyen que el entrenamiento en atención plena puede conferir beneficios mayores que los asociados a los tratamientos estándar actuales para dejar de fumar.

Nyklícek, Dijkstra, Lenders, Fonteijn y Koolen (2012) realizaron una intervención basada en atención plena con el objetivo de mejorar el bienestar y la calidad de vida en pacientes cardíacos que tuvieron una intervención coronaria percutánea. La muestra estuvo conformada por 114 participantes que fueron asignados al azar a un grupo control y un grupo experimental. La intervención estuvo conformada por 4 sesiones semanales de 90-120 minutos del programa Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) desarrollado por Kabat-Zinn (1990), adicionalmente se pidió a los participantes practicar todos los días durante 30 minutos los ejercicios de atención plena en casa.

El grupo control solo recibió un folleto con información. Respecto a los resultados los autores encontraron que el bienestar psicológico percibido mejoró en el grupo intervención ($M=15.14$, $DE=0.31$) en comparación con el grupo control ($M=15.02$, $DE=0.35$), pero solo en pacientes menores de 60 años ($t=-2.02$, $p<.05$),

asimismo el estrés percibido ($t= 4.24, p<.001$) y los síntomas de ansiedad y depresión ($t= 3.46, p<.01$) fueron menores en grupo intervención ($M=2.42, DE=0.41$) en comparación con el grupo control ($M=2.80, DE=0.42$). Cabe destacar que estos resultados solo fueron significativos para el grupo participantes menores de 60 años por lo que los autores recomiendan que esta intervención puede ser recomendada sólo para pacientes que no sean adultos mayores.

Lengacher et al. (2009) realizaron un ensayo clínico aleatorizado para verificar la efectividad de un programa de atención plena para la reducción del miedo a la recurrencia y los niveles de ansiedad en mujeres sobrevivientes cáncer de seno. La muestra estuvo conformada por 82 mujeres de Tampa, Florida quienes fueron asignadas al azar a un grupo control o grupo de intervención. Las participantes asignadas al azar asistieron a 6 sesiones semanales de 2 horas, asimismo se les brindó un manual de capacitación y 4 cintas de audio para la práctica de atención plena en casa. Los resultados mostraron que el grupo intervención presentó una reducción en el miedo a la recurrencia del cáncer en comparación con el grupo control ($M=9.3$ vs $M=11.6, p=.007$), asimismo se redujeron los niveles de ansiedad rasgo ($M=30.4$ vs $M=34.5, p=.004$), estado de ansiedad ($M=28.3$ vs $M=33.0, p=.03$) y los síntomas depresivos ($M=6.3$ vs $M=9.6, p=.03$) y se mejoró el funcionamiento físico percibido ($M=49.1$ vs $M=42.8, p=.003$), en comparación con el grupo control.

En conclusión, el entrenamiento en atención plena tiene efectos beneficiosos sobre la salud y proporciona información sobre posibles mecanismos de acción cognitiva.

En forma sintética se puede concluir que el entrenamiento en atención plena, es una potencial herramienta útil para disminuir el consumo de tabaco, mejorar el bienestar percibido, disminuir los niveles de ansiedad y estrés, no obstante los autores de los estudios antes citados indican la necesidad de continuar estudiando el efecto de la AP en la disminución del consumo de tabaco y /o abstinencia mediante diseños

controlados(Brewer et al., 2011; Davis et al., 2015; De Dios, Herman, Britton, Hagerty, Anderson & Stein, 2014; De Souza et al., 2015; Elwafi, Witkiewitz Mallik, Thornhill & Brewer, 2013; Lengacher et al., 2009; Mermelstein & Garsk, 2015; Morledge et al., 2013; Nyklícek, Dijkman, Lenders, Fonteijn & Koolen, 2014; Tang, Tang & Posner; 2013).

Intervenciones basadas en la Teoría de Pamela Reed.

En este apartado se incluyen intervenciones de enfermería realizadas bajo la teoría de Autotrascendencia de Reed (1991), es importante hacer notar que hasta el momento no se ha localizado intervenciones para reducir el consumo de tabaco utilizando esta teoría como guía.

Diener (2003) realizó un ensayo clínico aleatorizado para explorar el uso de la narrativa personal como una intervención para mejorar la auto trascendencia en 102 mujeres con VIH, lupus eritematoso y esclerosis múltiple asignadas al azar a los grupos control y experimental. El estudio se realizó con base Teórica de la Autotrascendencia de Pamela Reed (1991). La intervención estuvo compuesta por dos sesiones en donde se les pedía a las participantes que contaran una historia sobre lo que creían que era importante de vivir con una enfermedad crónica, que podría ser algo bueno, malo, algo que las podrá hacer enojar entre otros. Al finalizar la intervención se les dio un tiempo considerable (tres semanas) para programar la segunda visita, para que las participantes pudieran reflexionar acerca de la narrativa de su experiencia de la enfermedad e integrar sus conocimientos personales. La autora de este estudio utilizó los conceptos de Pamela Reed (1991) de vulnerabilidad a lo que ella llamo padecer la enfermedad crónica; autotrascendencia que fue la identificación de las propias limitaciones por padecer una enfermedad; bienestar definido como crecimiento personal y bienestar psicológico y por último los puntos de intervención utilizado la terapia narrativa para el aumento de la autotrascendencia.

Se realizó un análisis mediante ANOVA, para determinar las diferencias, dentro de los resultados se mostraron diferencias significativas para la autotranscendencia entre los grupos al ($F=19.386$, $M=46.39$ vs. $M=50.80$ $p=.001$). Adicionalmente se utilizaron métodos cualitativos para identificar temas narrativos utilizando el análisis narrativo. Los temas identificados incluyeron pérdida física, auto-reformulación y alteración en la identidad social. La autora concluye que la terapia narrativa es una herramienta potencial para aumentar la auto-transcendencia en las mujeres con enfermedades crónicas.

Chen y Walsh (2009) realizaron un estudio cuasi experimental con la finalidad de fortalecer la autotranscendencia y las actitudes hacia los adultos mayores en estudiantes de enfermería con base en la Teoría de Autotranscendencia de Pamela Reed (1991). La muestra estuvo compuesta por 194 estudiantes asignados al azar a los grupos control y experimental. Al grupo experimental se le brindó una intervención para el desarrollo de la creatividad. La intervención fue implementada en primera instancia por los autores con los estudiantes para que posteriormente los estudiantes la aplicaran con los adultos mayores. Los autores esperaban que la participación en las actividades creativas-artísticas de la intervención estimularía la comunicación positiva entre estudiantes y adultos mayores y fomentará una o más de las cuatro dimensiones de la autotranscendencia (intrapersonal, interpersonal, temporal o transpersonal). Por lo tanto, las actitudes de los estudiantes hacia los adultos mayores mejorarían a medida que aumentara la autotranscendencia.

La primera actividad de la intervención fue realizar un cartel de auto-imagen en el futuro, esto para promover el auto concepto y el logro de metas. Adicionalmente al cartel se le agregaron cuadros descriptivos y/o palabras cortadas de revistas o de periódicos que describieran el autoimagen de la persona lo más futuro posible. Esta actividad fue implementada con la expectativa de que la terminación del cartel de auto-imagen ayudaría a los participantes a expandirse intrapersonalmente (aumentar la totalidad con uno mismo), interpersonalmente (conectarse con otros y el ambiente) y

temporalmente recordar el pasado, presentar o pensar en eventos futuros). Los estudiantes completaron sus carteles, posteriormente usaron sus carteles para presentarlos a los adultos mayores y por ultimo ayudaron a los adultos mayores a crear carteles de ellos mismos. Los autores utilizaron el concepto de autotrascendencia e intervenciones de enfermería para aumentar la autotrascendencia a través de actividades creativas.

Los resultados mostraron que no se encontraron diferencias significativas en los puntajes de autotrascendencia entre los grupos ($M=42.87$ vs. $M=43.42$ $X^2=-.684$ $p=.495$), sin embargo, para las actitudes hacia los adultos mayores se encontraron diferencias significativas en el grupo experimental en comparación con el grupo control. El efecto de la intervención sobre las actitudes fue de $F(1,191)=4.1$ con diferencias significativas ($p=.04$) entre el grupo experimental y el grupo control. Los resultados mostraron un efecto parcial $\beta = 0.21$. Lo que indicó que la intervención por sí sola representó el 2.1% de las varianzas totales en las puntuaciones posteriores a la prueba. Los autores concluyen que se deben crear más intervenciones en los estudiantes de enfermería para el fortalecimiento de la autotrascendencia.

DiNapoli, Garcia, Garcia, O'Flaherty y Siller (2014) propusieron una visión general de las medidas adoptadas para proponer una intervención de autoayuda por medio de la computadora para la comunidad de LGBT basada en la teoría de Pamela Reed (1991). Los autores desarrollaron una intervención por medio de un grupo de autoayuda por computadora con bases teóricas en la autotrascendencia, con el objetivo de para mejorar la salud mental y reducir comportamientos de riesgo. Los autores proponen el uso de grupos de apoyo social utilizando la tecnología lo que proveerá a las personas identificadas como LGBT una experiencia de comunicación segura y abierta que promueva confianza, privacidad, aceptación y libertad de revelar sus datos sin presión y adicionalmente se espera que esta intervención de grupo proporcione una oportunidad de aprender de las experiencias vividas de otros participantes.

Las actividades de apoyo social de CSMH (por ejemplo, usando listas de correo, grupos de noticias de Internet, foros de discusión / boletines y salas de chat en vivo) pueden permitir a la comunidad LGBT expandir sus límites personales internamente a través de la introspección y temporalmente reflexionando sobre sus experiencias pasadas y anticipando su futuro, todo lo cual ayuda a construir esperanza para el futuro y fortalecer su situación actual.

Los autores toman los conceptos principales de la Teoría de Reed: la vulnerabilidad lo definen como los problemas psicosociales tales como depresión, ideación suicida, miedo a la muerte, aislamiento social; como puntos de intervención para el autotranscendencia intrapersonal se utilizarán blogs, para la autotranscendencia interpersonal salas de chats y para la autotranscendencia transpersonal sitios web de espiritualidad; y finalmente el bienestar fue formulado como la reducción de conductas de riesgo y la mejora en la salud mental.

Por último los autores mencionan que hasta la fecha, no se ha encontrado investigaciones en las que la teoría de la autotranscendencia se aplique a las nuevas tecnologías. Por lo tanto los resultados preliminares serán un importante paso para el desarrollo de nuevas intervenciones para las comunidades de LGBT. Recomiendan realizar investigaciones adicionales sobre la efectividad de los programas que se brindan por medio de sitios web, para poder satisfacer las necesidades psicosociales de quienes están en riesgo, lo que a futuro podrá proporcionar soluciones creativas creadas y guiadas por teorías de enfermería para transformar el cuidado de enfermería de la población vulnerable en la era digital actual.

Coward (2003) realizó un estudio cuasi experimental con el propósito de pilotear una intervención para promover la autotranscendencia y el bienestar físico y emocional en 80 mujeres sobrevivientes al cáncer de mama en Texas, así como documentar los cambios a través del tiempo en comparación con un grupo control asignado aleatoriamente. La intervención estuvo conformada por ocho sesiones grupales de

frecuencias semanales con duración de 90 minutos, las sesiones abarcaban información para el manejo del tratamiento y tratamientos múltiples, entrenamiento en ejercicios de relajación, comunicación asertiva, clarificación de valores, resolución de problemas, componentes educacionales, entrenamiento en pensamiento constructivo, manejo de emociones, planeación de actividades. Las principales variables que utilizó la autora de este estudio fueron, vulnerabilidad (sobrevivencia al cáncer), autotranscendencia y puntos de intervención.

Los resultados mostraron que no hubo diferencias significativas en ninguna de las variables en la medición post intervención y seguimiento. En cuanto al Análisis del Coeficiente de Correlación encontró fuertes correlaciones entre la autotranscendencia y el bienestar físico ($r=.63, p<.005$) y emocional ($r=.79, p<.005$). La autora concluye que con estos resultados las enfermeras pueden tener un panorama de que actividades pueden o no ayudar a la facilitación de autotranscendencia e invita a seguir investigando sobre cuales intervenciones pueden coadyuvar en la autotranscendencia.

En forma de síntesis se puede concluir que las variables más comúnmente utilizadas en las intervenciones con fundamentos teóricos en la teoría de Autotranscendencia de Pamela Reed (1991) , son vulnerabilidad interpretada como una situación difícil en la vida que vulnera la estabilidad emocional de la persona, la autotranscendencia y los puntos de intervención en los cuales utilizan actividades como grupos de apoyo, intervenciones para fomentar la creatividad y el altruismo, toma de decisiones, ejercicios de relajación entre otras, cabe destacar que hasta el momento no se han encontrado intervenciones con fundamentos teóricos en la teoría de autotranscendencia en el fenómeno de consumo de tabaco (Chen & Walsh, 2009; Coward, 2003; Diener, 2003; DiNapoli, Garcia, Garcia, O'Flaherty & Siller, 2014).

Definición de Términos

Vulnerabilidad al consumo de tabaco y factores asociados.

Para fines de este estudio se consideró como vulnerabilidad, la probabilidad de experimentar eventos difíciles de la vida como la dependencia al consumo de tabaco, la presencia de factores asociados a la conducta de consumo como: los síntomas de depresión, las experiencias subjetivas de ansiedad y estrés, que pueden dañar a la persona incrementando su conciencia mortal. En razón de ello la persona se interesó en iniciar algún tratamiento para dejar de fumar, no obstante es probable que en el pasado haya intentado dejar de fumar sin éxito es decir tener intentos previos fallidos de dejar de fumar sin éxito, lo cual a su vez es un evento difícil que puede incrementar el estrés y su conciencia de enfermar y/o morir.

Por lo que vulnerabilidad fue la dependencia al consumo de tabaco en el adulto de 18 a 59 años medida a través de la Escala de Dependencia a la Nicotina Fagerstrom (1999) la cual evaluó la dependencia a la nicotina relacionada con el consumo de cigarrillos; una medición de cotinina en orina, un biomarcador que permitió cuantificar la exposición de los participantes a los constituyentes del humo de tabaco; así como la presencia de factores asociados a la conducta de consumo como: los síntomas de depresión, las experiencias subjetivas de ansiedad y estrés medidos a través de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) de los hermanos Lovibonden (1995) la cual tiene el propósito de medir la severidad de los síntomas de depresión, ansiedad y estrés.

Asimismo, un historial de fumar e intentos fallidos para dejar el hábito desarrollado específicamente para su aplicación en este estudio que consistió en preguntas que indagaban sobre edad, lugar, personas o situaciones donde se inició el consumo de tabaco, tiempo que se tenía con el hábito e información específica sobre intentos fallidos de dejar el hábito.

Autotrascendencia intrapersonal.

La autotrascendencia intrapersonal fue el autoconocimiento de los propios puntos de vista, de la experiencia presente sin juzgar ni reaccionar en automático, el reconocer los sentimientos, pensamientos y percepciones, y la auto-conexión del adulto de 18 a 59 años que recibió la intervención y fue medida a través del instrumento Cinco Facetas de la Atención Plena (Five Facet Mindfulness Questionnaire, FFMQ). Este instrumento fue desarrollado por Baer et al (2006), el cual midió la Autotrascendencia a través de los cinco atributos de la AP: No reaccionar a la experiencia interior, observando, actuar con conciencia, describiendo y no juzgar la experiencia interna.

Autoeficacia.

En la presente investigación la autoeficacia fue la percepción del adulto de 18 a 59 años con deseos de dejar de fumar, sobre su habilidad para afrontar efectivamente las situaciones de riesgo o de tentación de consumo de tabaco lo cual se trabajó mediante el consejo breve y se midió a través del Cuestionario de Confianza Situacional versión breve (Annis & Martin, 1985; Traducción y adaptación Ayala & Echeverría, 1997). Este instrumento tuvo como objetivo medir el concepto de autoeficacia, con relación a la percepción del adulto sobre su habilidad para afrontar o controlar con eficacia situaciones o circunstancias de tentación para el consumo. Las capacidades medidas por el cuestionario se basan en el trabajo de Marlatt y Gordon (1980), quienes encontraron que las situaciones principales de consumo podían agruparse en: situaciones personales y situaciones de grupo.

Bienestar.

Para el presente estudio el bienestar se describió solamente desde la perspectiva del bienestar físico el cual fue la reducción o el abandono del consumo de tabaco del adulto de 18 a 59 años al final de la intervención y se midió a través de la Escala de Dependencia a la Nicotina Fagerstrom (1978) la que evaluó la dependencia a la nicotina

relacionada con el consumo de cigarrillos, la cantidad de cigarros consumidos en un día típico y la medición de cotonina en orina.

Puntos de intervención: Atención Plena y Consejo Breve.

Los puntos de intervención corresponden a las terapias de Atención Plena y Consejo Breve que pretendían incrementar la autotrascendencia, la autoeficacia y reducir el consumo de cigarrillos así como los síntomas de estrés, ansiedad y depresión.

Atención Plena.

Para fines de este estudio la AP se llevó a cabo a través de las terapias de AP fundamentadas en los programas de Mindfulness Based Stress Reduction (REBAP) de Kabat-Zinn (2007) y por el programa de Mindfulness Based Cognitive Therapy de Zindel Segal, Mark Williams y John Teasdale (2007) traducidas y aplicadas en España y Argentina por Fernando A. de Torrijos desde el año 2000 y en México por el Instituto Mexicano de Mindfulness desde el 2014, con una duración de diez sesiones de frecuencia semanal con una duración de 30 – 60 min. Los efectos de la atención plena se dirigen al incremento del puntaje de autotrascendencia y el bienestar.

Consejo Breve.

En el presente estudio se utilizó el CB como una herramienta para favorecer la autoeficacia mediante el protocolo de IDEAS (CONADIC & SSA, 2007). El cual ha sido diseñado específicamente para la utilización del CB sistematizado por medio de cinco pasos: Indagar, Dialogar, Establecer metas, Acompañar y Seguimiento (IDEAS).

Factibilidad de la intervención.

Para el presente estudio se consideró como factibilidad determinar: si el contenido y duración (número, frecuencia y duración de cada sesión) de la intervención eran adecuados para los participantes; y el nivel de satisfacción de los participantes con los resultados obtenidos, lo cual se evaluó a través de la Escala de Evaluación Satisfactoria para el Participante, la cual fue desarrollada específicamente para este estudio por la autora principal a partir de la escala de Satisfacción percibida del Servicio

Sanitario de Varela, Rial y García (2003) y la Escala sobre Impresión Global de Cambio del Paciente (SGIC) de Guy (1976) la cual mide la percepción del beneficio de los participantes de una intervención.

Para el presente estudio se consideró que factibilidad sería el 80% de los participantes consideró que la intervención le fue útil (reactivo 1 SGIC), más del 50% se mostró satisfecho con la intervención (reactivo 2 SGIC) y más del 80% de los reactivos de la Escala de Evaluación Satisfactoria se evaluaron como adecuados (Cieslak et al., 2016).

Sexo es la condición biológica que identifica al adulto de 18 a 59 años como masculino o femenino.

Estado civil se refiere a la relación que guarda el participante respecto a su relación de pareja. Se clasifica con pareja y sin pareja.

Ocupación hace referencia al oficio o profesión (cuando se desempeña en ésta) o si se desempeña como estudiante el adulto de 18 a 59 años.

Religión es el conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración que son propias del adulto de 18 a 59 años y con las que el reconoce una relación con la divinidad (un dios o varios dioses).

Posterior a la revisión de la literatura se planteó lo siguiente:

Objetivo general

1. Valorar la factibilidad y efectividad de una intervención holística de enfermería mediante CB y AP para la reducción del uso de tabaco, la reducción de ansiedad, estrés, y síntomas depresivos y el aumento de la autoeficacia y la autotranscendencia intrapersonal.

Objetivos específicos

1. Describir el perfil sociodemográfico de los adultos de 18 a 59 años que fuman y desean cambiar la conducta.
2. Describir las características del inicio del consumo de tabaco en los participantes y el nivel de dependencia a la nicotina.
3. Los participantes de la intervención holística de enfermería para dejar de fumar tendrán una reducción significativa del número de cigarrillos fumados en un día típico, disminución en los índices de dependencia al tabaco y en los puntajes de ansiedad, estrés y síntomas depresivos al finalizar la intervención.
4. Los participantes de la intervención holística de enfermería tendrán significativamente un mayor puntaje en la autoeficacia y la autotranscendencia intrapersonal al finalizar la intervención.
5. Los niveles de cotinina en orina de los participantes de la intervención holística de enfermería serán menores al finalizar la intervención.

Objetivo de evaluación de la intervención

1. Evaluar la satisfacción percibida respecto al cambio al término de la intervención con referencia al síndrome de abstinencia, necesidad de fumar, síntomas emocionales (estrés y ansiedad) y calidad de vida en general.
2. Evaluar la satisfacción sobre qué tan apropiados son el número de sesiones, la frecuencia, la duración y contenido de la intervención.

Capítulo II

Metodología

Este capítulo describe la metodología que se utilizó en el presente estudio. Se describe el diseño del estudio, la población, muestreo y muestra, los criterios de inclusión, exclusión y eliminación. Asimismo, se describen los instrumentos de medición, proceso de reclutamiento y selección de participantes, reclutamiento y selección de facilitadores, procedimiento de recolección de la información así como la descripción de la intervención, seguimiento telefónico, los aspectos éticos y el plan de análisis de los datos.

Diseño del estudio.

El diseño del estudio fue pre experimental (Burns & Grove, 2009). Es un diseño pre experimental porque el investigador controló la dosis, la pauta y la duración de la intervención (intervención de Consejo Breve + Atención Plena) y se realizaron dos mediciones en un solo grupo; pre-test y post-test. El esquema del diseño se muestra en la tabla 1.

Tabla 1

Esquema del diseño pre experimental con dos mediciones

	(pretest)		(posttest)
Grupo Experimental	O ₁	X	O ₂

Nota: O= Medición, X=Intervención

Los participantes recibieron una consejería breve para dejar de fumar basado en el constructo teórico de autoeficacia del Programa IDEAS (CONADIC & SSA, 2007) en conjunto con una intervención con terapia de atención plena fundamentada en los programas de Mindfulness Based Stress Reduction (REBAP) de Kabat-Zinn (2007) y

por el programa de Mindfulness Based Cognitive Therapy de Zinel Segal, Mark Williams y John Teasdale (2007), adicionalmente recibieron llamadas telefónicas semanales durante la duración de la intervención, así como la entrega de un CD para realizar las prácticas de atención plena en casa.

Población, muestreo y muestra

La población estuvo conformada por adultos de ambos sexos de 18 a 59 años que fueron reclutados a través de medios de comunicación, redes sociales y carteles colocados en puntos estratégicos de tres áreas universitarias de Nuevo León. El muestreo se consideró no probabilístico porque se trató de una comunidad universitaria conocida con el deseo de dejar de fumar. El tamaño de la muestra fue determinada con el paquete estadístico nQuery Advisor® 7.0. Se tomó un nivel de significancia del .05, una potencia del 90% y un tamaño de efecto de .5 (de mediano a grande) de acuerdo a Cohen, así como una tasa de abandono del 5%. Dando como resultado una muestra total de 41 participantes.

Criterios de Inclusión

Adultos de ambos sexos de 18 a 59 años de edad, fumadores con intención de dejar de fumar o reducir el consumo de cigarrillos en un día típico y que se encontraban en etapa de contemplación o preparación, para ello se aplicó la Escala de Evaluación de Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA) (Apéndice A). Este criterio es recomendado por múltiples investigadores y clínicos quienes señalan que existe un obstáculo como la falta de motivación para iniciar y mantener un tratamiento para dejar el consumo de cualquier droga como el tabaco. Se indica que el no reconocer la necesidad de cambio de una conducta no saludable y el un factor de fracaso para mantener dicho cambio de conducta, lo cual depende de la motivación y de reconocer que el consumo de alguna droga está afectando su salud (Di Clemente, Prochaska, Faishurst, Velicer, Velazques & Rossi, 1991; DiClemente, Nidecker y Bellack, 2008; Miller, 2006).

Criterios de Exclusión

Adultos con diagnóstico médico de trastorno mental, estar participando actualmente en algún programa para dejar de fumar y/o consumir otra sustancia psicoactiva ilícita. Estos criterios se incluyeron en una Cédula Filtro (Apéndice B). Cualquier participante que respondió afirmativo a alguno de estos criterios fue excluido del estudio.

Criterios de Eliminación

Se eliminaron a aquellos participantes que no cubrieron el 70% de la asistencia a las sesiones. Si el participante no completó las sesiones en tiempo establecido, no obstante solicitó terminar el protocolo fuera de este tiempo se le brindaron las sesiones restantes, sin embargo no se tomaron en cuenta para el análisis estadístico.

Instrumentación

Se llevaron a cabo mediciones de lápiz y papel, y dos mediciones bioquímicas. Enseguida se describen cada una de ellas.

Mediciones de lápiz y papel. Se incluyeron seis instrumentos (escalas), una cédula filtro, una cédula de datos sociodemográficos y de consumo de tabaco, un historial de fumar e intentos fallidos para dejar el hábito y el calendario de autoregistro Línea Base Retrospectiva de Consumo (LIBARE).

Cédula filtro. La cedula filtro fue desarrollada por el investigador del estudio y está diseñada para controlar algunas variables extrañas que puedan interferir en los resultados de la presente investigación. Consta de tres preguntas que indagan sobre haber sido diagnosticado con una enfermedad mental, estar participando en algún tipo de tratamiento para dejar de consumir tabaco y ser consumidor de alguna otra sustancia psicoactiva ilícita (Apéndice B).

Cédula de datos sociodemográficos y de consumo de tabaco. La cédula contiene quince preguntas sobre datos generales del participante como edad, sexo, escolaridad,

así como preguntas que indagan sobre cantidad de cigarrillos fumados y situaciones de consumo (Apéndice C).

Historial de fumar e intentos fallidos para dejar el hábito. Este historial fue desarrollado específicamente para su aplicación en este estudio y consiste en siete preguntas que indagan sobre edad, lugar, personas o situaciones donde se inició el consumo de tabaco, tiempo que se tiene con el hábito e información específica sobre intentos fallidos de dejar el hábito (Apéndice C).

Escala de Dependencia a la Nicotina Fagerstrom. Fagerstrom en 1999 creó este instrumento con el fin de medir la dependencia a la nicotina relacionada con el consumo de cigarrillos por medio de seis interrogantes. La primera pregunta indaga el tiempo que transcurre habitualmente desde que se levanta hasta que fuma su primer cigarrillo, esta pregunta tiene un puntaje de uno a cinco, donde 1= 5 minutos y 5= Más de 60 min. El segundo reactivo indaga si es difícil para la persona no fumar en lugares donde está prohibido, con respuesta dicotómica 1= si, 2= no. El tercer reactivo pregunta sobre el cigarro que es más difícil de omitir, con puntaje de 1 “al primero de la mañana” y un valor de 0 a “otro”. En el cuarto reactivo se valora la cantidad de cigarros que fuma al día con un puntaje que va desde 0= Menos de 10, a 3= 31 o más.

Se pregunta si la persona fuma más cigarros durante la primera parte del día que durante el resto, con respuesta dicotómica 0= no y 1= si, finalmente se indaga si fuma cuando está enfermo y/o en cama, con un valor de 1 a si y un valor de 0 a la respuesta no. Para valorar globalmente los resultados las puntuaciones inferiores o iguales a 4 indican una dependencia leve o baja, si la puntuación es de 5 y 6 la adicción es moderada o media y si el resultado es superior a 7 puntos la dependencia es alta o elevada. Este instrumento ha mostrado una consistencia interna de 0.55 hasta 0.74, y una fiabilidad test –re test de 0.58 a 0.91 (Meneses, Zuairi, Loureiro y Crippa, 2009)

Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21). Lovibonden y Lovibonden (1995) desarrollaron este instrumento en un inicio con 42 reactivos, con el propósito de medir la severidad y la alteración de los síntomas de depresión, ansiedad y estrés. Posteriormente Anthony et al. (1998) desarrollaron una versión reducida, compuesta por 21 preguntas (DASS-21) con alta consistencia interna, alpha de Cronbach desde 0.87 a 0.94 para los dominios y adecuada validez. En DASS-21 a cada dominio pertenecen siete preguntas, al dominio depresión: 3,5,10,13,16,17,21, al dominio ansiedad: 2,4,7,9,15,19,20 y al dominio estrés: 1,6,8,11,12,14,18.

Los reactivos del DASS-21 se califican en una escala de cuatro puntos que van desde 0 (no se aplicaba a mí en absoluto) a 3 (se aplica a mí mucho), dejando dos puntuaciones intermedias y evalúan el último mes. Se suman para obtener los datos por dominios y la suma de los dominios es el puntaje total de la escala. Según la puntuación de cada dominio se establece la severidad de la alteración.

A mayor puntuación mayor severidad de depresión, ansiedad y estrés, donde los puntajes de 0 a 4 son normales para el dominio de depresión, de 0 a 3 para la ansiedad y de 0 a 7 para el estrés; los puntajes de 5 a 6 son leves para la depresión, de 4 a 5 para la ansiedad y de 8 a 9 para el estrés; los puntajes de 7 a 10 son moderados para la depresión, de 6 a 7 para la ansiedad y de 10 a 12 para el estrés; los puntajes de 11 a 13 son severos para la depresión, de 8 a 9 para la ansiedad y de 13 a 16 para el estrés; y los puntajes de 14 a más son extremadamente severos para la depresión, de 10 a más para la ansiedad y de 17 a más para el estrés.

Se han realizado evaluaciones de las propiedades psicométricas en adultos y adolescentes, en ambientes clínicos y no clínicos, determinándose igual comportamiento de ambas versiones. En la mayoría de los trabajos se han documentado niveles de consistencia elevados, superiores a 0.80, niveles de fiabilidad test-re test que oscilan entre 0.57 a 0.81 (Akin, 2008). Este instrumento ha sido utilizado en población

mexicana por Gurroa, Balcózar, Bonila y Virseda en el 2014, con un alpha de Cronbach de .86 para toda la escala y un 46.6% de varianza explicada para el instrumento.

Cuestionario Cinco Facetas de la Atención Plena (Five Facet Mindfulness Questionnaire, FFMQ). Este cuestionario fue desarrollado por Baer et al. (2006) con el propósito de medir los cinco atributos de la atención plena, el cuestionario consta de 39 reactivos distribuidos en cinco dimensiones: No reaccionar a la experiencia interior (reactivos 4, 9, 19, 21, 24, 29, 33), Observando (notando/ asistir a las sensaciones/ percepciones/ pensamientos/ sentimientos; reactivos 1, 6, 11, 15, 20, 26, 31, 36), Actuar con conciencia (piloto automático/ concentración/ no-distracción; reactivos 5, 8, 13, 18, 23, 28, 34, 38, los cuales se evalúan de manera invertida), Describiendo (etiquetar sentimientos/ pensamientos con palabras, reactivos 2, 7, 27, 32, 37, invertidos: 16 y 22) y no juzgar la experiencia interna (reactivos invertidos 3, 10, 14, 17, 25, 30, 35, 39). Los reactivos se clasifican utilizando una escala tipo Likert de 1 a 5 que van desde "nunca o muy rara vez es cierto" a "muy a menudo o siempre es cierto".

La subescala de observación hace referencia a darse cuenta o atender a las experiencias internas y externas, como las sensaciones, las cogniciones, emociones, imágenes, sonidos y olores. La subescala de Describiendo hace referencia a el etiquetado de las experiencias internas con las palabras. La subescala de actuar con conciencia, hace referencia a prestar atención a las actividades de uno de cada momento y puede ser contrastado con comportarse mecánicamente mientras la atención se centra en otro lugar (a menudo llamado el piloto automático. La dimensión de no juzgar la experiencia interna se refiere a tomar una postura evaluativa hacia pensamientos y sentimientos. Y por último la dimensión de no reaccionar a la experiencia interior hace alusión a la tendencia a permitir que los pensamientos y sentimientos vayan y vengan, sin quedar atrapados o dejarnos por ellos. Respecto a su evaluación, no existe una puntuación total de atención plena, las cinco subescalas tienen puntuaciones individuales que se calculan sumando las puntuaciones individuales de cada reactivo.

Respecto a su evaluación los participantes deben responder a cada reactivo en una escala tipo Likert con un rango de 1 (nunca o muy raramente verdad) a 5 (muy a menudo o siempre verdad); la puntuación mínima del Cuestionario es de 39 puntos y la máxima de 195 puntos. De acuerdo a Baer et al. (2008) el instrumento posee adecuados a buenos niveles de confiabilidad alpha de Cronbach de .75 a .92 (Schmidt & Vine, 2015). Este instrumento ha sido validado en población mexicana por Meda, Herrero, Blanco, Moreno y Palomera (2015) en estudiantes universitarios en donde encontraron que el análisis factorial en la muestra ($n= 620$) mostró como mejor modelo cuatro factores de primer orden (Ausencia de reacción, Ausencia de juicio, Actuación consciente y Descripción), sin la dimensión de Observación, agrupados en un factor de segundo orden (conciencia plena) con un total de 19 reactivos debido a que se observó el funcionamiento de los reactivos y se retuvo aquellos reactivos por factor con pesos superiores a 0.40 y estadísticamente significativos ($t\text{-ratio} \geq 1.96$). Con estos criterios, se eliminaron los reactivos 32, 39, 37, 33, 35, 30, 19, 15, 9, 18, 3 y 6, de los cuales, sólo el reactivo 19 es un reactivo directo. Esta solución factorial final de 19 reactivos mostró un buen ajuste en todos los indicadores, por lo que se estableció como modelo de línea base con alphas de Cronbach aceptables para todas las dimensiones: Descripción de la experiencia $\alpha = 0.84$, Actuación consciente $\alpha = 0.70$, Ausencia de juicio $\alpha = 0.61$, Ausencia de reacción $\alpha = 0.73$ y una puntuación total $\alpha = 0.70$.

El Cuestionario sobre Confianza ante Ciertas Situaciones SCQ-39

(Marlatt & Gordon, 1985; Traducción y adaptación Ayala & Echeverría, 1997). Tiene como objetivo medir el concepto de autoeficacia, con relación a la percepción del paciente sobre su habilidad para afrontar efectivamente sus situaciones principales de consumo. Este cuestionario consta de 39 reactivos en el cual se pide a la persona que valore el porcentaje de seguridad percibido (en un continuo de 0% a 100%) para resistir consumir en cada una de las situaciones. Las situaciones medidas por el cuestionario se basan en el trabajo de Marlatt et al. (Marlatt & Gordon, 1980), quiénes

encontraron que las situaciones principales de consumo podían agruparse en: situaciones personales y situaciones de grupo. Su adaptación para población mexicana estuvo a cargo de Echeverría y Ayala (1997), quienes revisaron cada reactivo en el idioma inglés con el propósito de traducirlos al español. Se hizo un análisis de los reactivos y se modificaron algunos de ellos. Posteriormente fue piloteado con 55 personas que presentaron patrones de consumo excesivo, donde se obtuvo la consistencia interna del instrumento que fue de 0.97.

Este instrumento arroja porcentajes que indican la seguridad que percibe el usuario de resistirse a consumir de manera excesiva, en cada una de las situaciones que contiene el cuestionario. El usuario localiza a lo largo de un continuo que va de 0% a 100% su propio porcentaje de seguridad en las 39 situaciones. El 0% representa “Nada Confiado”, es decir que en esa situación específica la persona se percibe totalmente seguro de consumir de manera excesiva; en tanto que el 100% representa que “Muy Confiado”, es decir, que se percibe con una gran seguridad de abstenerse en aquella situación (Annis & Martin, 1985).

Línea Base Retrospectiva de Consumo (LIBARE). Fue desarrollada por Sobell y Sobell (1996), para ayudar a consumidores de sustancias psicoactivas que inician un tratamiento para recordar su patrón de consumo. Mediante este método es posible obtener registros precisos del consumo, antes y después del tratamiento. Diversos estudios psicométricos han mostrado que la LIBARE es un instrumento de medición adecuado con alphas que van desde .76 a .89 en población mexicana. Es un instrumento que sirve para medir la conducta de consumo de sustancias psicoactivas antes, durante y después de un tratamiento, requiere que las personas estimen retrospectivamente el consumo diario durante un período específico. Se les proporciona un calendario que abarca el período que debe ser reconstruido, y se les pide que reporten la cantidad exacta de sustancias consumidas cada día. Este método ha sido probado en períodos de hasta 12 meses.

La LIBARE puede ser administrada por un entrevistador o en forma de auto-reporte. En primera estancia se hace entrega del calendario y se le pide al participante que recuerde su consumo diario en un período específico. Adicionalmente se pregunta cuáles fueron las situaciones que influyeron el consumo y se indaga sobre algunas estrategias de afrontamiento que pueden servir en el futuro a enfrentar esa situación en específico para utilizarlas como apoyo

Los datos obtenidos en cada una de los días pueden ser promediados o sumados para determinar variables tales como: Número total de días de consumo durante la última semana, Número total de sustancias consumidas, Promedio de sustancias en un día de consumo, Porcentaje de días de abstinencia, De bajo consumo, De consumo moderado y De consumo excesivo. En el presente estudio se utilizó la LIBARE en una versión para el consumo de tabaco durante la última semana y se revisó durante cada una de las sesiones presenciales de la intervención (Apéndice D).

Escala de Evaluación Satisfactoria para el Participante. Estas escalas fueron desarrolladas específicamente para este estudio por la autora principal a partir de la escala de Satisfacción percibida del Servicio Sanitario de Varela, Rial y García (2003) con el objetivo de evaluar el nivel de adecuación y satisfacción con respecto a la intervención.

Esta consta de 11 reactivos que indagan sobre qué tan apropiados son el número de sesiones, la frecuencia, la duración y contenido, además indaga sobre cuales aspectos o sesiones de la intervención considera el participante como más importantes y menos importantes o innecesarios, sobre su satisfacción con los resultados en general y si recomendaría o no la intervención a otras personas.

La Escala sobre Impresión Global de Cambio del Paciente (SGIC; Guy, 1976). Tiene como objetivo medir la percepción del beneficio de los participantes de una intervención. Es una escala de siete puntos que califica el cambio en el estado general del participante desde el inicio de la intervención a través de 2 reactivos, la primera

pregunta indaga sobre como el participante describe el cambio al finalizar la intervención y las respuestas van desde mucho mejor (7) a mucho peor (1), y la segunda pregunta averigua sobre el grado de cambio en general con la intervención en un compendio de 0 a 10 donde 10 es el máximo cambio posible, 5 es sin cambios y 0 es mucho peor que al inicio de la intervención. Las respuestas en el SGIC se han utilizado para determinar la importancia clínica de una intervención en diversas poblaciones y síntomas (Hudson et al., 2009; Liu et al., 2015).

Mediciones bioquímicas. Se realizó en los participantes dos mediciones de cotinina en orina; antes y después de aplicar la intervención. Esta medición es un biomarcador que permite cuantificar la exposición de las personas que fuman a los constituyentes del humo de tabaco. La nicotina se metaboliza en una 75% en cotinina y su vida media oscila entre 12 y 20 horas. La cotinina es uno de los marcadores más específicos utilizados para detectar la exposición al uso del tabaco y tiene una distribución de niveles completamente diferentes de las personas que fuman y no fuman (Abrams, Follick, Biener, Carey & Hitti, 1987; Etter, Vu & Perenegar, 2000; Martínez et al, 2009). Esta prueba se basa en la detección cualitativa de reacciones altamente específicas inunoquímicas de antígenos y anticuerpos. Es una prueba simple y conveniente para la detección de cotinina en orina humana en concentraciones de 200 ng/ml (Procedimiento para la toma de muestra, Apéndice E).

Proceso de reclutamiento, selección de participantes y recolección de información.

Después de que se obtuvo la aprobación del estudio por las Comisiones de Ética en Investigación, Investigación y Bioseguridad de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León con el número de protocolo FAEN-108, se procedió a solicitar autorización por escrito a las autoridades de dos Instituciones Educativas (Apéndice Q) para realizar la investigación y la invitación a los adultos de 18 a 59 años de edad con deseos de dejar de fumar y a participar en el programa con las

siguientes actividades: colocación de carteles en áreas donde las autoridades lo permitieron y repartición de volantes dentro de las áreas comunes, sin interrumpir las clases, asimismo se creó una página de Facebook privada para invitar exclusivamente a las personas que deseaban dejar de fumar (estudiantes, profesores, personal técnico, administrativo y de intendencia) a participar. La invitación contenía la siguiente leyenda: “¿Te gustaría eliminar al tabaco de tu vida y mejorar tu salud? ¿Consideras que puedes participar una hora a la semana para reducir tu consumo? ¡Llámanos y participa! Se les pidió a los interesados que llamaran por teléfono para el escrutinio de los criterios de selección: Adultos de 18 a 59 años que fumen y se encuentren en etapa de contemplación de cambio (Prochaska & Clemente, 1984).

Posteriormente aquellos que cumplían con los criterios de selección fueron citados en el lugar donde las autoridades designarán: un consultorio especialmente para la recolección de datos y la aplicación de la intervención considerando especialmente que tuviera: escritorio, sillas, iluminación, poco ruido y un espacio para aplicar la atención plena, en un horario de 11:00 a 20:00, si deseaban participar y cumplían con los criterios de inclusión, se les entregó el consentimiento informado para ser leído y firmado. Posteriormente se les explico la intervención y se procedió a la aplicación de los instrumentos, se les mencionó en todo momento que toda la información proporcionada fue completamente confidencial y que los resultados solamente serán publicados de manera general. Por consiguiente se prosiguió con las sesiones de intervención según las especificaciones del Manual del Facilitador (Apéndice N). Al finalizar la duración de la intervención, durante la sesión 00 se realizó la medición post-test para concluir con los resultados de la intervención.

Reclutamiento, selección y capacitación de los facilitadores.

El reclutamiento de los facilitadores estuvo a cargo de la investigadora principal. Se establecieron como criterios de selección: 1) ser profesional del área de la salud; 2)

tener experiencia en manejo de la temática de prevención de adicciones; 3) tener habilidad para la comunicación terapéutica; 4) disponibilidad de horario.

La difusión para la selección de los facilitadores se realizó mediante convocatorias a estudiantes de posgrado, con los interesados se programó una entrevista para identificar a los aspirantes que cumplan con los criterios de elegibilidad. A los facilitadores seleccionados se les explicó las responsabilidades y compromisos adquiridos para la implementación del currículo, se enfatizó en la disponibilidad de tiempo para el entrenamiento y la asistencia a las sesiones. Se contrataron 3 facilitadores. A los cuales se capacitó durante 5 semanas, con 2 sesiones semanales con duración de 5 horas por sesión, en donde se les enseñó las prácticas y principios de AP y CB, al terminar las sesiones de entrenamiento contestaron un cuestionario donde reportaron el desarrollo de las sesiones y los aspectos básicos de la intervención, en base a sus resultados fueron seleccionados para su participación como facilitadores, adicionalmente para garantizar la correcta entrega de la intervención se les pidió a los facilitadores realizaran la devolución de procedimientos de la práctica de AP (al menos del 50% de las sesiones) antes de la aplicación con los participantes.

Además las estrategias de fidelidad del tratamiento y evaluación incluyeron: capacitación estandarizada; protocolos manualizados y grabados en audio para el control de garantía de calidad; listas de control; y reuniones bimensuales del equipo de intervención y evaluación. Asimismo se realizó una monitorización externa para asegurar que los terapeutas siguieran sistemáticamente el protocolo para las condiciones del estudio asignadas.

Aplicación de la Intervención Holística de Enfermería para la reducción del consumo de tabaco: Consejo Breve y Atención Plena

Esta intervención se basa en el protocolo IDEAS para el Consejo Breve que fortalecerá la autoeficacia de resistencia al consumo de tabaco en conjunto con una intervención con terapias de Atención Plena fundamentadas en los programas de

REBAP de Kabat-Zinn (2007) y por el programa de Mindfulness Based Cognitive Therapy de Segal, Williams y Teasdale (2007). La descripción detallada de las sesiones se muestra en el Apéndice O, asimismo el manual completo para la intervención aparece en el Apéndice N.

Seguimiento telefónico

El seguimiento telefónico consistió en los siguientes objetivos: 1) Empezar a crear una buena relación terapéutica y que el participante se sintiera escuchado y bien tratado; 2) Definir un contexto terapéutico que enmarque la terapia como un intercambio de información sujeto a unas reglas; 3) Preguntar por avances o dudas durante el tratamiento 4) Recordar la próxima sesión y motivar a los participantes para seguir asistiendo a las sesiones posteriores de tratamiento.

Durante el contacto telefónico se utilizó el siguiente formato de recogida de datos: 1) Preguntar por el participante; 2) Indagar sobre su estado actual (¿Cómo ha estado?); 3) Preguntar sobre dudas que hayan surgido después de la sesión de intervención 4) Preguntar por el cumplimiento de la meta semanal y dificultades para llevarlo a cabo con éxito; 5) Recordar algunas estrategias para afrontar los antojos por el cigarrillo; 6) Recordar realizar las sesiones de AP en casa; 7) Enfatizar en la fecha para la próxima sesión o realizar ajustes si fuese necesario y recordar no olvidar llevar a la sesión la hoja LIBARE y la ropa adecuada para el entrenamiento de atención plena.

Las sesiones de seguimiento telefónico se llevaron a cabo en una ocasión a la semana, en un día distinto al de las sesiones presenciales y se realizó en el horario de preferencia del participante, preguntado previamente durante la primera sesión.

Dialogo para el seguimiento telefónico:

T: Hola buen día me comunico con (Nombre del participante)

P: Así es, habla él/ella

T: Hola (nombre del participante), Hablo del programa para dejar de fumar, ¿cómo te encuentras el día de hoy?

P: (escuchar su respuesta)

T: Me alegro, no quisiera interrumpir tus actividades mucho, solo hablo para preguntarte si te han surgido algunas dudas respecto a lo que vimos la sesión anterior.

P: (escuchar su respuesta, si no hubiera dudas, pasar a la siguiente pregunta, si no responder a los cuestionamientos que se presenten)

T: Me parece muy bien, y ahora cuéntame ¿cómo vas con el cumplimiento de tu meta semanal? Se te han presentado algunas dificultades

P: (escuchar su respuesta, si el cumplimiento de la meta es el adecuado pasar a la respuesta A, si no se ha cumplido pasar a la respuesta B)

T-A: Excelente, me alegro que estés cumpliendo tu meta, con esto me doy cuenta que estas cien por ciento comprometido con cumplir con tu objetivo.

T-B: bien ahora cuéntame que es lo que está ocurriendo para que el cumplimiento de la meta aún no se pueda dar.

P: (escuchar respuesta)

T-B: Ok, ya veo, ahora vamos a recordar algunas de las estrategias que vimos la semana pasada para el afrontamiento de esas situaciones (mencionar las estrategias que se hablaron durante las sesiones anteriores)

T: de acuerdo ahora, que ya vimos las dudas y el cumplimiento de tu meta, solo quiero que recuerdes que debes escuchar al menos dos veces en la semana el CD que te proporcionamos con el Audio de la sesión de Atención Plena, recuerda que todo esto es para poder complementar tu tratamiento y obtener mejores resultados.

T: y ya por ultimo no olvides que nuestra próxima sesión está programada para (recordar el día acordado), si por alguna razón no puedes asistir solo hazlo saber para poder cambiar la cita y no perder tu tratamiento.

T: ¿Tienes alguna duda hasta el momento?, (escuchar respuesta), si es así me despido esperando que tengas un buen día, hasta luego (se cuelga)

En el caso en el que el participante estuviera desviando el tema o la conversación estuviese tomando un rumbo diferente al de la intervención el facilitador estructurará la conversación, es decir, la canalizará y encauzará hacia el tema de la intervención.

Ejemplo de diálogo: Disculpa, pero preferiría escuchar esto con mucho más detalle cuando nos veamos en persona, por ahora me es suficiente con que me menciones como vas con el cumplimiento de tu meta semanal.

Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (SSA, 1987) en los artículos que se mencionan a continuación.

Titulo segundo, Capítulo I, Artículo 13 se respetó la dignidad, anonimato, protección de los derechos y bienestar de los participantes en el estudio, durante el reclutamiento, selección de los participantes, así como en el tratamiento. La participación de los adultos solo fue del conocimiento del investigador principal y los colaboradores del proyecto, asimismo la información que se colectó solo será procesada por el investigador principal y se dará a conocer en forma general.

Artículo 14, Fracciones VII y VIII y el Artículo 22 se contó con la aprobación de la Comisión de Investigación, de Ética y de Bioseguridad de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León para la implementación de la intervención y de acuerdo al Artículo 29 se contó con la autorización de las instituciones educativas seleccionadas. Se cumplió con el Artículo 16 referente a la protección de la privacidad y confidencialidad del adulto, estos fueron identificados por medio de una clave de

identificación que únicamente conocía el autor principal del estudio para poder relacionar las mediciones pre y post. Después de dos años de haber concluido la intervención se destruirán los cuestionarios. De acuerdo al Artículo 17 se consideró la investigación de riesgo mínimo ya que se trataron aspectos sensitivos de la conducta y se realizó una Intervención de Consejo Breve y Atención Plena, materiales de autoayuda y seguimiento y monitoreo telefónico para dejar o disminuir el consumo de tabaco, por lo que se estuvo atento de cualquier situación emocional o física que reportara el participante, para ofrecer la posibilidad de retirarse del estudio, lo anterior previsto no se presentó.

De acuerdo al Artículo 21, Fracciones I, II, VI, VII y VIII y IX se les brindó una explicación clara y completa al participante en caso de aceptar, del propósito de la investigación, del procedimiento que se realizó, dosis del tratamiento, la garantía de que recibirían información ante cualquier pregunta o duda que tuviera y que podría retirarse en cualquier momento de la intervención sin que esto lo perjudique. Se mantuvo la confidencialidad de los participantes y de la información que se proporcionó.

Se respetó lo establecido en el Capítulo V, Artículo 57, donde se señala que los estudiantes y trabajadores son un grupo subordinado en el que el consentimiento informado podría ser influenciado por alguna autoridad. Para la recolección de datos se explicó a los participantes que su participación y la información recabada no afectaría su condición de estudiante y/o trabajador dentro de la institución educativa ni con las autoridades.

Con respecto a lo establecido en el Título Tercero Capítulo III, Artículo 62 Fracción I se cumplió lo establecido ya que se presentó la documentación correspondiente que justificaba la utilización de un nuevo método de tratamiento que incluyó un análisis objetivo y completo de los riesgos, involucrados, comparados con los riesgos de los métodos de tratamiento establecidos, por lo que no existen riesgos específicos por la intervención y la expectativa de las condiciones de vida del sujeto con

el tratamiento de acuerdo con la literatura se mejoran en comparación con aquellos sin el procedimiento o tratamiento propuesto.

Se cumplió con lo establecido en el Artículo 73 Fracción I y II, ya que se contó con los fundamentos científicos, información sobre los estudios previos de investigación clínica, en este sentido se realizó una búsqueda de reportes científicos donde fueron utilizadas las intervenciones que fueron aplicadas en este estudio. Finalmente, Del Artículo 114 del Título sexto Capítulo Único, la intervención fue realizada por profesionales de la salud con capacitación específica en la intervención para cuidar la integridad y el bienestar de los participantes.

Consideraciones de Bioseguridad

El presente estudio consideró el Título Cuatro de la Ley General de Salud en Materia de Investigación el cual hace referencia a la Bioseguridad de las Investigaciones ya que dentro de los objetivos del presente estudio se tomaron dos muestras de orina (Pre-test y Post-test) a cada uno de los participantes, con el objetivo único de medir los niveles de cotinina contenidos en la orina (metabolito de la nicotina).

Se tomó en cuenta lo establecido en el Artículo 75, Fracción I ya que la instalación donde se recolectó la muestra fue en el consultorio donde se contó con el equipo y la higiene necesarios para el almacenamiento y transportación de la muestra al laboratorio, para su posterior procesamiento. Es importante señalar que este tipo de prueba no tiene requerimientos específicos para su toma, realización y/o transportación por lo cual no fue necesaria ninguna medida adicional. De igual manera se acató lo establecido en la Fracción II y III ya que se elaboró un manual para el procedimiento que el participante siguió para recolectar la muestra de orina (Apéndice H) y uno para el personal que se encargó de la realización del procedimiento, quienes fueron auxiliares de investigación que contaron con una capacitación previa.

De acuerdo al Artículo 79 y a la NOM-047-SSA1-2011 y a la NOM-087-ECOL-SSA1-2002 las muestras de orina son consideradas como grupo de riesgo I:

microorganismos que representan escaso o nulo riesgo para el individuo, por lo que no son catalogadas como un Residuo Peligroso Biológico Infeccioso y su manejo solo fue realizado con guantes, cubre bocas y bata clínica y el desecho fue realizado de manera común como se realiza normalmente en el hogar, la orina fue desechada en el inodoro y el contenedor de la muestra en un bote de basura convencional con bolsa negra.

Respecto a las consideraciones metodológicas en el muestreo se tomó a cuenta lo que dictamina la NOM-047-SSA1-2011 para el muestreo de orina, respecto a las características de la muestra fue puntual, por medio de una técnica no invasiva, con un periodo de recolección de corta duración (menor a 2hrs), respecto a la higiene por parte del participante no fue necesaria, para la protección contra infecciones el contenedor de la muestra fue en un contenedor de plástico limpio, el volumen fue menor a 20ml y para reducir las fuentes de contaminación se utilizó protección para la piel expuesta del personal de salud encargado del procesamiento de los resultados (guantes, bata y cubre bocas).

Plan de Análisis Estadístico

Los datos estadísticos se analizaron mediante el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 21.0 para Windows. Se utilizó estadística descriptiva para obtener frecuencias absolutas proporciones y porcentajes para las variables categóricas y medidas de tendencia central y variabilidad para las variables numéricas. Se realizó un análisis de distribución de las variables continuas con la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con la corrección de Lilliefors, y según los resultados obtenidos se decidió utilizar estadística no paramétrica. Para responder a los objetivos referentes a la intervención se utilizaron los estadísticos que se muestran en la tabla 2.

Adicionalmente y siguiendo las recomendaciones del Manual de Publicaciones de la Asociación Americana de Psicología (American Psychological Association [APA], 2010) y de Téllez, García, y Corral (2015) quienes sugieren que, además de las pruebas de significancia estadística se obtenga el tamaño del efecto (TE) y sus respectivos

intervalos de confianza. Se utilizaron los puntos de corte recomendados por Cohen (1992) para el tamaño del efecto: $d=0$ -.19 efecto trivial, $d=.20$ -.49 efecto pequeño (1/5 de una DE); $d=.50$ -.79 efecto mediano (1/2 de una DE), $d=.80$ efecto grande (8/10 de una DE) y $d=1.10$ efecto muy grande.

Tabla 2

Pruebas estadísticas por objetivo

Valorar la factibilidad de una intervención holística de enfermería mediante consejo breve y atención plena para la reducción del uso de tabaco, la reducción de ansiedad, estrés, depresión y el aumento de la autoeficacia y la autotrascendencia personal.	
Objetivo específico	Estadístico
1. Describir el perfil sociodemográfico de los adultos de 18 a 59 años que fuman y desean cambiar la conducta.	Frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión
2. Describir las características del inicio del consumo de tabaco en los participantes y el nivel de dependencia a la nicotina.	Frecuencias y porcentajes
3. Los participantes de la intervención holística de enfermería para dejar de fumar tendrán una reducción significativa del número de cigarrillos fumados en un día típico, disminución en los índices de dependencia al tabaco y en los puntajes de síntomas de depresión, estrés y de ansiedad al finalizar la intervención.	<i>W</i> de Wilcoxon y tamaño del efecto (Cohen, 1992)
4. Los participantes de la intervención holística de enfermería tendrán significativamente un mayor puntaje en la autotrascendencia intrapersonal y de autoeficacia al finalizar la intervención.	<i>W</i> de Wilcoxon y tamaño del efecto (Cohen, 1992)
5. Los niveles de cotinina en orina de los participantes de la intervención holística de enfermería serán menores al finalizar la intervención.	Prueba del Signo
Objetivos de evaluación de la intervención	Estadístico
1. Evaluar la satisfacción percibida respecto al cambio al término de la intervención con referencia al síndrome de abstinencia, necesidad de fumar, síntomas emocionales (estrés y ansiedad) y calidad de vida en general.	Frecuencias y porcentajes
2. Evaluar la satisfacción sobre qué tan apropiados son el número de sesiones, la frecuencia, la duración y contenido de la intervención.	Frecuencias y porcentajes

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se presentan los resultados de la investigación, en primera instancia se presenta la confiabilidad de los instrumentos, seguido de la descripción de las características sociodemográficas de la muestra y el reporte de los resultados de las pruebas de distribución de las variables y finalmente los resultados por objetivos.

Confiabilidad de los Instrumentos

La prueba de confiabilidad interna de los instrumentos utilizados en este estudio se estableció por medio del valor del coeficiente de Alpha de Cronbach. En la tabla 3 se muestra que los instrumentos utilizados en el estudio mostraron consistencia interna aceptable de .60 a .95 tanto en el pretest y posttest (Polit & Beck, 2008).

Tabla 3
Confiabilidad de los instrumentos

Instrumento	Reactivos	Alpha de Cronbach	
		Pretest	Posttest
Escala de Dependencia a la Nicotina Fagerstrom	1-6	.61	.60
Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21).	1-21	.90	.77
Cuestionario Cinco Facetas de la Atención Plena (Five Facets Mindfulness Questionnaire, FFMQ).	1-39	.72	.78
El Cuestionario sobre Confianza ante Ciertas Situaciones SCQ-39	1-39	.95	.95

Nota: n=41

Estadística Descriptiva

Con la finalidad de dar respuesta al objetivo número uno: describir el perfil sociodemográfico de los adultos de 18 a 59 años que fuman y desean cambiar la conducta, a continuación se presentan las siguientes tablas. En la tabla 4 respecto al género, predomina el sexo masculino (67.5%), el 52.5% solo trabajan, el 65% tiene pareja y el 60% indicó que no profesa ninguna religión.

Tabla 4
Características Sociodemográficas y laborales

Variables	<i>f</i>	%
Sexo		
Femenino	13	32.5
Masculino	28	67.5
Ocupación		
Estudio	11	27.5
Estudio y trabajo	7	17.5
Solo trabajo	22	52.5
No estudio y no trabajo	1	2.5
Estado Civil		
Con pareja	26	65.0
Sin pareja	15	35.0
Religión		
Católica	14	32.5
Cristiana	3	7.5
Ninguna	24	60.0

Nota: f=frecuencia, %=Porcentaje, n=41

Tabla 5
Características del inicio del consumo de tabaco

Variables	<i>f</i>	%
Por qué empezó a fumar		
Rebelión contra la autoridad	3	7.5
Padres/familia fumadores	3	7.5
Para parecer sofisticado	2	5.0
Curiosidad	26	65.0
Moda	7	15.0
En qué lugar fumaste tu primer cigarrillo		
Fiesta/reunión	11	27.5
En casa	10	25.0
Plaza/calle	11	25.0
Institución Educativa	9	22.5
En compañía de quien fumaste		
Amigos	30	72.5
Solo	6	15.0
Pareja	4	10.0
Familia	1	2.5

Nota: f=frecuencia, %=Porcentaje, n=41

Con referencia al inicio del consumo de tabaco se puede observar en la tabla 5 que el 65% inició el consumo de tabaco por curiosidad, el 27.5% indicó que lo hizo durante una fiesta/reunión y el 72.5% fumó por primera vez en compañía de amigos.

En relación al objetivo dos que señala: describir las características del inicio del consumo de tabaco en los participantes y el nivel de dependencia a la nicotina, se presentan las tablas 6 y 7.

Tabla 6
Características del consumo de tabaco

Variables	<i>f</i>	%
En que situaciones fumas más frecuentemente		
Tiempo libre/ocio	6	15.0
Reuniones sociales	10	22.5
Confrontar estrés/ansiedad/depresión	25	62.5
Que personas cercanas a ti fuman		
Familia	19	45.0
Amigos	9	22.5
Pareja	6	15.0
Nadie	7	17.5
Que consigues con fumar		
Me relaja	35	85.0
Me ayuda a tener confianza	2	5.0
Es un apoyo	3	7.5
Nada	1	2.5
Que cambios haz notado en tu cuerpo desde que fumas		
Cansancio/agitación/mareos	27	65.0
Cambios en la piel/dientes	7	17.5
Más enfermedades respiratorias	7	17.5
Haz intentado dejar de fumar anteriormente		
Si	28	67.5
No	13	32.5
Etapas de cambio		
Contemplación	4	9.8
Preparación	37	90.2

Nota: *f*=frecuencia, %=Porcentaje, *n*=41

En la tabla 6 se muestran algunas características del inicio del consumo de tabaco, en donde se encontró que la mayoría de los participantes fumaba más frecuentemente al confrontar estrés/ansiedad/ depresión (62.5%), el 45% tenía familiares que fumaban, el 85% refirió que el cigarrillo lo relajaba, el 65% notó cambios en su cuerpo como: mayor cansancio/agitación y mareos desde que comenzó a fumar y el 67.5% afirmó que ya había intentado dejar de fumar anteriormente. Con referencia a la etapa de cambio en la que se encontraba, el 90.2% señaló encontrarse en la etapa de preparación.

Tabla 7
Nivel de dependencia a la nicotina

	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>IC 95%</i>	
			<i>LI</i>	<i>LS</i>
Pretest ^a				
Dependencia Leve	31	75	61	89
Dependencia Moderada	4	9	0	19
Dependencia Alta	6	14	3	25
Postest ^b				
Dependencia Leve	19	100	10	10
Dependencia Moderada	0	0	0	0
Dependencia Alta	0	0	0	0

Nota: f=frecuencia, %=Porcentaje, n^a= 41, n^b=19

En la tabla 7 se muestra el nivel de dependencia a la nicotina de los participantes, donde se puede observar que en el pretest de la intervención predominaron los participantes con dependencia leve (75%) con un IC 95% [61-89] seguido de dependencia alta (14%) con un IC 95% [3-25] y por último la dependencia moderada (9%) con un IC 95% [0-19]. Posteriormente al aplicar los cuestionarios de la intervención en el posttest se redujo el nivel de dependencia predominando la dependencia leve con un 100% con un IC 95% [100-100], cabe señalar que el 53.6% (22) de los participantes de la intervención dejaron de fumar y el 46.4% (19) de los participantes que continuaron fumando presentaron dependencia leve al finalizar la intervención.

Tabla 8

Variables continuas de las características sociodemográficas y de consumo

Variable	<i>n</i>	Valor Mínimo	Valor Máximo	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Edad	41	18	59	31.2	26.0	11.6
Edad de inicio de consumo	41	7	18	14.6	15.0	2.0
Años de estudio	41	6	21	14.6		3.0
Cantidad de cigarrillos (pretest)	41	3	52	16.6	15.0	10.8
Cantidad de cigarrillos (postest)	41	0	7	1.8	0.0	2.2
Cantidad de intentos para dejar el hábito	28	1	8	2.3	2.0	1.8
Cantidad de días en abstinencia	28	0	730	68.8	16.5	147.4

Nota: n=muestra X=Promedio aritmético, DE= Desviación estándar

En tabla 8 se muestran las características de los participantes respecto a las variables continuas, en donde se observa que la media de edad fue de 31.2 ($DE=11.6$), la media de edad de inicio de consumo de tabaco fue de 14.6 años ($DE=2.0$), la media de años de escolaridad fue de 14.6 ($DE=3.0$). En cuanto a la cantidad de cigarrillos fumados diariamente al pretest los participantes reportaron una media de 16.6 ($DE=10.8$), y al finalizar la intervención los participantes reportaron una media de consumo de 1.8 ($DE=2.2$) cigarros por ocasión. En cuanto a los participantes que refirieron haber intentado dejar de fumar, reportaron una media de 2.3 ($DE=1.8$) intentos fallidos de dejar el hábito sin éxito y con una media de 68.8 ($DE=147.4$) fueron los días de abstinencia. Con lo anterior se da respuesta a los objetivos número uno y dos.

Datos Descriptivos por Instrumento

A continuación se presentan las frecuencias y porcentajes de cada uno de los reactivos de los instrumentos utilizados

Tabla 9

Frecuencias y porcentajes de la Escala de Dependencia a la Nicotina Fagerstrom

Reactivos	Hasta 5 minutos <i>f</i> (%)	Entre 6 y 30 minutos <i>f</i> (%)	31-61 minutos <i>f</i> (%)	Más de 60 minutos <i>f</i> (%)
1.				
Pretest ^a	8 (19.5)	6 (14.6)	7 (17.1)	20 (48.8)
Postest ^b	0 (0.0)	2 (4.9)	7 (36.8)	10 (52.6)
2.	Si <i>f</i> (%)		No <i>f</i> (%)	
Pretest ^a	7 (17.1)		34 (82.9)	
Postest ^b	0 (0.0)		19 (100)	
3.	El primero de la mañana <i>f</i> (%)		Cualquier otro <i>f</i> (%)	
Pretest ^a	5 (12.2)		36 (87.8)	
Postest ^b	0 (0.0)		19 (100)	
4.	10 o menos <i>f</i> (%)	11-20 <i>f</i> (%)	21-30 <i>f</i> (%)	31 o más <i>f</i> (%)
Pretest ^a	14 (34.1)	17 (41.5)	6 (14.6)	4 (9.8)
Postest ^b	19 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
5.	Si <i>f</i> (%)		No <i>f</i> (%)	
Pretest ^a	13 (31.7)		28 (68.3)	
Postest ^b	0 (0.0)		19 (100)	
6.	Si <i>f</i> (%)		No <i>f</i> (%)	
Pretest ^a	25 (61.0)		16 (39.0)	
Postest ^b	4 (21.1)		15 (78.9)	

Nota: *f*=frecuencia, %=Porcentaje, ^a *n*=41, ^b *n*=19

En la tabla 9 se pueden observar las frecuencias y porcentajes para cada reactivo de la Escala de Dependencia a la Nicotina Fagerstrom. En cuanto a las respuestas en el pretest la mayoría de los participantes en el reactivo uno que dictamina “¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?” respondió más de 60 minutos (48.8%); para el reactivo dos “¿Encuentra difícil no fumar en lugares que está prohibido como el cine, teatro, restaurantes?”, la mayoría respondió No (82.9%); para el reactivo tres, “¿Qué cigarrillo le molesta más dejar de fumar?”, la mayoría respondió Cualquier otro (87.85%); para el reactivo cuatro “¿Cuántos cigarrillos fuma

cada día?”, la mayoría respondió de 11 a 20 (41.5%); para el reactivo cinco “¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?”, la mayoría respondió No (68.3%); y por último para el reactivo “¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?” la mayoría respondió Si (61%).

En cuanto a las respuestas al posttest para el reactivo uno “¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?” la mayoría respondió Más de 60 minutos (52.6%); para el reactivo dos “¿Encuentra difícil no fumar en lugares que está prohibido como el cine, teatro, restaurantes?”, la mayoría respondió No (100%); para el reactivo tres, “¿Qué cigarrillo le molesta más dejar de fumar?”, la mayoría respondió Cualquier otro (100%); para el reactivo cinco “¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?”, la mayoría respondió No (100%); y por último para el reactivo “¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?” la mayoría respondió No (78.9%). En la tabla 10 aparecen cada uno de los reactivos.

Tabla 10

Reactivos de la Escala de Dependencia a la Nicotina Fagerstrom

-
1. ¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?
 2. ¿Encuentra difícil no fumar en lugares que está prohibido como el cine, teatro, restaurantes?
 3. ¿Qué cigarrillo le molesta más dejar de fumar?
 4. ¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?
 5. ¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?
 6. ¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?
-

Tabla 11
Frecuencias y porcentajes del Test DASS-21

Reactivos	No se aplica a mi		Leve		Moderado		Se aplica a mi mucho	
	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)
1.								
Pretest	4	(9.7)	11	(26.8)	15	(36.7)	11	(26.8)
Posttest	19	(46.3)	20	(48.8)	2	(4.9)	0	(0.0)
2.								
Pretest	12	(29.3)	8	(19.5)	11	(26.8)	10	(24.4)
Posttest	19	(46.4)	20	(48.8)	1	(2.4)	1	(2.4)
3.								
Pretest	19	(46.3)	9	(22.0)	7	(17.1)	6	(14.6)
Posttest	29	(70.7)	12	(29.3)	0	(0.0)	0	(0.0)
4.								
Pretest	10	(24.4)	11	(26.8)	13	(31.7)	7	(17.1)
Posttest	25	(61.0)	14	(34.1)	2	(4.9)	0	(0.0)
5.								
Pretest	11	(26.8)	10	(24.4)	10	(24.4)	10	(24.4)
Posttest	25	(61.0)	13	(31.7)	3	(7.3)	0	(0.0)
6.								
Pretest	2	(4.9)	13	(31.7)	17	(41.4)	9	(22.0)
Posttest	24	(58.5)	12	(29.3)	4	(9.8)	1	(2.4)
7.								
Pretest	11	(26.8)	11	(26.8)	7	(17.1)	12	(29.3)
Posttest	28	(68.3)	12	(29.3)	0	(0.0)	1	(2.4)
8.								
Pretest	5	(12.2)	14	(34.1)	13	(31.7)	9	(22.0)
Posttest	22	(53.7)	15	(36.6)	3	(7.3)	1	(2.4)
9.								
Pretest	11	(26.8)	11	(26.8)	11	(26.8)	8	(19.6)
Posttest	16	(39.0)	22	(53.7)	3	(7.3)	0	(0.0)

Nota: *f*=frecuencia, %=Porcentaje, *n*=41

Tabla 11 (continuación)

Frecuencias y porcentajes del Test DASS-21 (continuación)

Reactivos	No se aplica a mi		Leve		Moderado		Se aplica a mi mucho	
	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)
10.								
Pretest	23	(56.1)	11	(26.8)	1	(2.4)	6	(14.7)
Posttest	33	(80.5)	7	(17.1)	1	(2.4)	0	(0.0)
11.								
Pretest	4	(9.8)	11	(26.8)	14	(34.1)	12	(29.3)
Posttest	23	(56.1)	12	(29.3)	6	(14.6)	0	(0.0)
12.								
Pretest	6	(14.6)	12	(29.3)	14	(34.1)	9	(22.0)
Posttest	27	(65.9)	12	(29.3)	2	(4.8)	0	(0.0)
13.								
Pretest	14	(34.1)	12	(29.3)	12	(29.3)	3	(7.3)
Posttest	27	(65.9)	14	(34.1)	0	(0.0)	0	(0.0)
14.								
Pretest	14	(34.1)	13	(31.7)	11	(26.9)	3	(7.3)
Posttest	29	(70.7)	12	(29.3)	0	(0.0)	0	(0.0)
15.								
Pretest	23	(56.1)	8	(19.5)	5	(12.2)	2	(12.2)
Posttest	36	(87.8)	4	(9.8)	1	(2.4)	0	(0.0)
16.								
Pretest	23	(56.1)	10	(24.3)	4	(9.8)	4	(9.8)
Posttest	33	(80.5)	6	(14.6)	2	(4.9)	0	(0.0)
17.								
Pretest	22	(53.7)	13	(31.7)	5	(12.2)	1	(2.4)
Posttest	38	(92.6)	3	(7.4)	0	(0.0)	0	(0.0)
18.								
Pretest	6	(14.6)	12	(29.3)	13	(31.7)	10	(24.4)
Posttest	28	(68.3)	12	(29.3)	1	(2.4)	0	(0.0)
19.								
Pretest	12	(29.3)	13	(31.6)	7	(17.1)	9	(22.0)
Posttest	26	(63.4)	10	(24.4)	5	(12.2)	0	(0.0)
20.								
Pretest	18	(43.9)	15	(36.6)	3	(7.3)	5	(12.2)
Posttest	36	(87.8)	2	(4.9)	3	(7.3)	0	(0.0)
21.								
Pretest	27	(65.8)	7	(17.1)	3	(7.3)	4	(9.8)
Posttest	37	(90.2)	4	(9.8)	0	(0.0)	0	(0.0)

Nota: *f*=frecuencia, %=Porcentaje, *n*=41

La tabla 11 muestra las frecuencias de respuestas del Test DASS-21, en lo que respecta a la medición pretest de la intervención, los participantes respondieron: reactivo número uno que dictamina “Me cuesta mucho relajarme”, la mayoría respondió: Moderado (36.8%); para el reactivo número dos “Me di cuenta que tenía la boca seca”, la mayoría respondió: No se aplica a mí (29.3%); para el reactivo tres: “No podía sentir ningún sentimiento positivo” la mayoría respondió: No se aplica a mí (46.3%); en cuanto al reactivo cuatro: “Se me hizo difícil respirar”, la mayoría respondió: Moderado (31.7%); para el reactivo 5: “Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas”, la mayoría respondió: No se aplica a mí (26.8%); en lo que corresponde al reactivo 6: “Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones”, la mayoría respondió: Moderado (41.5%); para el reactivo siete: “Sentí que mis manos temblaban”, la mayoría respondió: Se aplica a mí mucho (29.3%).

En lo que se refiere al reactivo ocho: “Sentí que tenía muchos nervios”, la mayoría respondió: Leve (34.1%); para el reactivo nueve: “Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo”, se encontró un empate con la respuesta No se aplica a mí, Leve y Moderado (26.8%); para el reactivo diez: “Sentí que no tenía nada porque vivir”, la mayoría respondió: No se aplica a mí (56.1%); en cuanto al reactivo once: “Noté que me agitaba”, la mayoría respondió: Moderado (34.1%); en lo que se refiere al reactivo doce: “Se me hizo difícil relajarme”, la mayoría respondió: Moderado (34.1%); para los reactivos 13: “Me sentí triste y deprimido”, reactivo 14: “No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo”, reactivo 15: “Sentí que estaba a punto de pánico”, reactivo 16: “No me pude entusiasmar con nada” y reactivo 17: Sentí que valía muy poco como persona”, la mayoría respondió: No se aplica a mí (34.1%, 34.1%, 56.1%, 56.1% y 53.7% respectivamente).

En cuanto al reactivo 18: “Sentí que estaba muy irritable”, la mayoría respondió: Moderado (31.7%); para el reactivo 19: “Sentí los latidos de mi corazón a

pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico”, la mayoría respondió: Leve (31.7%); y finalmente para los reactivos 20: “Tuve miedo sin razón” y 21: “Sentí que la vida no tenía ningún sentido”, la mayoría respondió: No se aplica a mí (43.9% y 65.8%).

Referente a la frecuencia de respuestas de la medición posttest de la intervención los participantes respondieron para los reactivos número uno “Me cuesta mucho relajarme”, y reactivo 2: “Me di cuenta que tenía la boca seca”, la mayoría respondió: Leve (48.8%); en lo que corresponde a los reactivos 3: “No podía sentir ningún sentimiento positivo”; reactivo cuatro: “Se me hizo difícil respirar”; reactivo 5: “Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas”; reactivo 6: “Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones”; reactivo siete: “Sentí que mis manos temblaban”, y reactivo ocho: “Sentí que tenía muchos nervios”, la mayoría respondió: No se aplica a mí (70.7%, 61.0%, 61.0%, 58.5%, 68.3%, 53.7% respectivamente); para el reactivo nueve: “Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo”, la mayoría respondió: Leve (53.7%); y para el resto de los reactivos del 10 al 21 en su mayoría, los participantes respondieron: No se aplica a mí. En la tabla 12 se muestran cada uno de los reactivos del Test DASS-21.

Tabla 12
Reactivos del Test DASS-21

Número de reactivo
1. Me cuesta mucho relajarme
2. Me di cuenta que tenía la boca seca
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo
4. Se me hizo difícil respirar
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas
6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones
7. Sentí que mis manos temblaban
8. Sentí que tenía muchos nervios
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo
10. Sentí que no tenía nada porque vivir
11. Noté que me agitaba
12. Se me hizo difícil relajarme
13. Me sentí triste y deprimido
14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo
15. Sentí que estaba a punto de pánico
16. No me pude entusiasmar con nada
17. Sentí que valía muy poco como persona
18. Sentí que estaba muy irritable
19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico
20. Tuve miedo sin razón
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido

Tabla 13

Frecuencias y porcentajes del Cuestionario de las Cinco Facetas de Mindfulness

Reactivos	Nunca		Rara vez cierto		Algunas veces cierto		Frecuentemente cierto		Siempre cierto	
	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)
1.										
Pretest	8	(19.5)	11	(26.8)	10	(24.4)	4	(9.8)	8	(19.5)
Postest	0	(0.0)	2	(4.8)	10	(24.4)	20	(48.8)	9	(22.0)
2.										
Pretest	0	(0.0)	5	(12.2)	20	(48.8)	10	(24.4)	6	(14.6)
Postest	0	(0.0)	0	(0.0)	5	(12.2)	23	(56.1)	13	(31.7)
3.										
Pretest	5	(12.1)	16	(39.0)	7	(17.1)	9	(22.0)	4	(9.8)
Postest	0	(0.0)	2	(4.9)	8	(19.5)	19	(46.3)	12	(29.3)
4.										
Pretest	1	(2.4)	8	(19.5)	13	(31.7)	11	(26.8)	6	(14.6)
Postest	2	(4.9)	1	(2.4)	10	(24.4)	19	(46.3)	9	(22.0)
5.										
Pretest	4	(9.8)	8	(19.5)	13	(31.7)	11	(26.8)	5	(12.2)
Postest	2	(4.9)	1	(2.3)	9	(22.0)	20	(48.8)	9	(22.0)
6.										
Pretest	11	(26.8)	15	(36.6)	8	(19.5)	2	(4.9)	5	(12.2)
Postest	2	(4.8)	2	(4.8)	11	(26.7)	17	(41.7)	9	(22.0)
7.										
Pretest	0	(0.0)	14	(34.1)	3	(7.3)	18	(43.9)	6	(14.6)
Postest	0	(0.0)	2	(4.9)	4	(9.8)	17	(41.5)	18	(43.9)
8.										
Pretest	7	(17.1)	14	(34.1)	6	(14.6)	9	(22.0)	5	(12.2)
Postest	0	(0.0)	0	(0.0)	7	(17.1)	16	(39.0)	18	(43.9)
9.										
Pretest	1	(2.4)	14	(34.1)	11	(26.8)	11	(26.8)	4	(9.9)
Postest	0	(0.0)	1	(2.4)	10	(24.4)	20	(48.8)	10	(24.4)
10.										
Pretest	7	(17.1)	4	(9.8)	18	(43.9)	7	(17.1)	5	(12.1)
Postest	0	(0.0)	2	(4.9)	12	(29.3)	12	(29.3)	15	(36.6)
11.										
Pretest	10	(24.4)	15	(36.6)	6	(14.6)	2	(4.9)	8	(19.5)
Postest	1	(2.4)	1	(2.4)	11	(26.8)	18	(43.9)	10	(24.5)
12.										
Pretest	9	(22.0)	12	(29.3)	14	(34.1)	3	(7.3)	3	(7.3)
Postest	0	(0.0)	0	(0.0)	5	(12.2)	21	(51.2)	15	(36.6)

Nota: *f*=frecuencia, %=Porcentaje, *n*=41

Tabla 13

*Frecuencias y porcentajes del Cuestionario de las Cinco Facetas de Mindfulness
(continuación)*

Reactivos	Nunca		Rara vez cierto		Algunas veces cierto		Frecuentemente cierto		Siempre cierto	
	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)
13.										
Pretest	2	(4.9)	14	(34.2)	6	(14.6)	8	(19.5)	11	(26.8)
Postest	0	(0.0)	2	(4.9)	7	(17.1)	24	(58.5)	8	(19.5)
14.										
Pretest	7	(17.1)	9	(22.0)	6	(14.6)	8	(19.5)	11	(26.8)
Postest	0	(0.0)	3	(7.3)	4	(9.8)	18	(43.9)	16	(39.0)
15.										
Pretest	10	(24.4)	15	(36.6)	8	(19.4)	4	(9.8)	4	(9.8)
Postest	0	(0.0)	3	(7.4)	16	(39.0)	16	(39.0)	6	(14.6)
16.										
Pretest	9	(22.0)	20	(48.8)	8	(19.5)	3	(7.3)	1	(2.4)
Postest	0	(0.0)	2	(4.9)	7	(17.1)	14	(34.1)	18	(43.9)
17.										
Pretest	4	(9.8)	13	(31.7)	6	(14.6)	10	(24.4)	8	(19.5)
Postest	0	(0.0)	1	(2.4)	8	(19.6)	18	(43.9)	14	(34.1)
18.										
Pretest	12	(29.3)	5	(12.2)	16	(39.0)	5	(12.2)	3	(7.3)
Postest	0	(0.0)	0	(0.0)	3	(7.3)	18	(43.9)	20	(48.8)
19.										
Pretest	3	(7.3)	9	(22.0)	13	(31.7)	10	(24.4)	6	(14.6)
Postest	2	(4.9)	3	(7.3)	13	(31.7)	16	(39.0)	7	(17.1)
20.										
Pretest	10	(24.4)	9	(22.0)	7	(17.1)	6	(14.5)	9	(22.0)
Postest	0	(0.0)	0	(0.0)	17	(41.5)	17	(41.5)	7	(17.0)
21.										
Pretest	4	(9.8)	14	(34.1)	11	(26.8)	4	(9.8)	8	(19.5)
Postest	0	(0.0)	0	(0.0)	17	(41.5)	18	(43.9)	6	(14.6)
22.										
Pretest	10	(24.4)	18	(43.9)	7	(17.1)	6	(14.6)	0	(0.0)
Postest	0	(0.0)	0	(0.0)	4	(9.8)	15	(36.6)	22	(53.6)
23.										
Pretest	15	(36.6)	10	(24.3)	7	(17.1)	7	(17.1)	2	(4.9)
Postest	0	(0.0)	0	(0.0)	9	(22.0)	18	(43.9)	14	(34.1)

Nota: *f*=frecuencia, %=Porcentaje, *n*=41

Tabla 13 (continuación)

Frecuencias y porcentajes del Cuestionario de las Cinco Facetas de Mindfulness

Reactivos	Nunca		Rara vez cierto		Algunas veces cierto		Frecuentemente cierto		Siempre cierto	
	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)
24.										
Pretest	1	(2.4)	5	(12.2)	17	(41.4)	9	(22.0)	9	(22.0)
Posttest	2	(4.9)	0	(0.0)	9	(22.0)	19	(46.3)	11	(26.8)
25.										
Pretest	6	(14.6)	9	(22.0)	13	(31.6)	8	(19.5)	5	(12.3)
Posttest	0	(0.0)	4	(9.8)	10	(24.4)	14	(34.1)	13	(31.7)
26.										
Pretest	12	(29.3)	9	(22.0)	3	(7.3)	17	(41.4)	0	(0.0)
Posttest	0	(0.0)	1	(2.4)	4	(9.8)	25	(61.0)	11	(26.8)
27.										
Pretest	11	(26.8)	15	(36.6)	4	(9.8)	11	(26.8)	0	(0.0)
Posttest	0	(0.0)	3	(7.3)	8	(19.5)	19	(46.3)	11	(26.9)
28.										
Pretest	4	(9.8)	9	(22.0)	14	(34.1)	12	(29.3)	2	(4.8)
Posttest	0	(0.0)	3	(7.3)	12	(29.3)	17	(41.4)	9	(22.0)
29.										
Pretest	9	(22.0)	13	(31.7)	17	(41.4)	2	(4.9)	0	(0.0)
Posttest	2	(4.8)	4	(9.8)	15	(36.6)	15	(36.6)	5	(12.2)
30.										
Pretest	10	(24.4)	4	(9.8)	9	(22.0)	12	(29.3)	6	(14.5)
Posttest	0	(0.0)	1	(2.4)	5	(12.2)	23	(56.1)	12	(29.3)
31.										
Pretest	1	(2.4)	15	(36.5)	7	(17.1)	9	(22.0)	9	(22.0)
Posttest	0	(0.0)	2	(4.9)	10	(24.4)	23	(56.1)	6	(14.6)
32.										
Pretest	4	(9.8)	13	(31.7)	13	(31.7)	5	(12.2)	6	(14.6)
Posttest	0	(0.0)	1	(2.4)	6	(14.7)	26	(63.4)	8	(19.5)
33.										
Pretest	3	(7.3)	16	(39.0)	5	(12.2)	8	(19.5)	9	(22.0)
Posttest	0	(0.0)	0	(0.0)	6	(14.6)	27	(65.9)	8	(19.5)
34.										
Pretest	4	(9.8)	20	(48.8)	14	(34.1)	3	(7.3)	0	(0.0)
Posttest	0	(0.0)	2	(4.9)	13	(31.7)	18	(43.9)	8	(19.5)

Nota: *f*=frecuencia, %=Porcentaje, *n*=41

Tabla 13 (continuación)

Frecuencias y porcentajes del Cuestionario de las Cinco Facetas de Mindfulness

Reactivos	Nunca		Rara vez cierto		Algunas veces cierto		Frecuentemente cierto		Siempre cierto	
	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)
35.										
Pretest	7	(17.1)	4	(9.8)	14	(34.1)	6	(14.6)	10	(24.4)
Posttest	0	(0.0)	0	(0.0)	12	(29.3)	18	(43.9)	11	(26.8)
36.										
Pretest	8	(19.5)	6	(14.6)	12	(29.3)	6	(14.6)	9	(22.0)
Posttest	0	(0.0)	1	(2.4)	10	(24.4)	17	(41.5)	13	(31.7)
37.										
Pretest	4	(9.8)	9	(22.0)	19	(46.3)	3	(7.3)	6	(14.6)
Posttest	0	(0.0)	4	(9.8)	8	(19.5)	14	(34.1)	15	(36.6)
38.										
Pretest	2	(4.9)	17	(41.5)	15	(36.6)	4	(9.8)	3	(7.2)
Posttest	0	(0.0)	0	(0.0)	4	(9.8)	24	(58.5)	12	(31.7)
39.										
Pretest	3	(7.3)	10	(24.3)	12	(29.3)	7	(17.1)	9	(22.0)
Posttest	0	(0.0)	0	(0.0)	7	(17.1)	19	(46.3)	15	(36.6)

Nota: *f*=frecuencia, %=Porcentaje, *n*=41

La tabla 13 hace referencia a las frecuencias y porcentajes de respuesta de los participantes en el Cuestionario de las Cinco Facetas de Mindfulness (FFMQ; Baer et al, 2006). En cuanto a la medición pretest de la intervención, para el reactivo 1 que dictamina “Cuando camino, me doy cuenta deliberadamente de las sensaciones de mi cuerpo cuando me muevo”, la mayoría respondió: Rara vez cierto (26.8%); en cuanto al reactivo 2 “Soy bueno en encontrar palabras para describir mis sentimientos”, la mayoría respondió: Algunas veces cierto (48.8%); para el reactivo 3 “Me critico por tener emociones irracionales o inapropiadas”, la mayoría respondió: Rara vez cierto (39.0%); para los reactivos 4 “Percibo mis sentimientos y emociones sin tener que reaccionar ante ellos”, y reactivo 5 “Cuando hago algo mi mente tiende a divagar y me distraigo fácilmente”, la mayoría respondió: Algunas veces cierto (31.7%).

Para el reactivo 6 “Cuando me baño o tomo una ducha, me mantengo alerta a las sensaciones del agua sobre mi cuerpo.”, la mayoría respondió: Rara vez cierto (36.6%); para el reactivo 7 “Puedo fácilmente poner en palabras mis creencias, opiniones y expectativas”, la mayoría respondió: Frecuentemente cierto (43.9%); en cuanto a los reactivos 8 “No presto atención a lo que hago por estar soñando despierto, andar preocupado, o distraído de alguna otra manera” y reactivo 9 “Observo mis sentimientos sin perderme en ellos”, la mayoría respondió: Rara vez cierto (34.1%); para el reactivo 10 “Me digo a mí mismo que no me debería estar sintiendo como me estoy sintiendo”, la mayoría respondió: Algunas veces cierto (43.9%); en lo que corresponde al reactivo 11 “Me doy cuenta de cómo algunos alimentos y bebidas afectan mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones”, la mayoría respondió: Rara vez cierto (36.6%); para el reactivo 12 “Me es difícil encontrar las palabras para describir lo que estoy pensando”, la mayoría respondió: Algunas veces cierto (34.1%).

En lo que corresponde a los reactivos 13 “Me distraigo fácilmente”, reactivo 14 “Creo que algunos de mis pensamientos no son normales o son malos, y que no debería pensar de esa manera”, reactivo 15 “Presto atención a sensaciones, como el viento entre mi cabello o el sol sobre mi rostro”, reactivo 16 “Tengo problemas para pensar en las palabras indicadas que expresen cómo me siento con respecto a las cosas” y reactivo 17 “Hago juicios sobre si mis pensamientos son buenos o malos”, la mayoría respondió: Rara vez cierto (34.1%, 29.3%, 36.6%, 48.8%, 31.7% respectivamente); en cuanto a los reactivos 18 “Se me hace difícil mantenerme enfocado en lo que ocurre en el presente” y reactivo 19 “Cuando experimento pensamientos o imágenes mentales aflictivas, (dolorosas, penosas, angustiantes, estresantes de tristeza), me “detengo” y soy consciente del pensamiento o la imagen sin dejar que estos se apoderen de mí”, la mayoría respondió: Algunas veces cierto (39.0% y 31.7% respectivamente).

En cuanto al reactivo 20 “Presto atención a sonidos, como los de las manecillas de un reloj, el cantar de los pájaros, o el pasar de los autos”, la mayoría respondió: Nunca (24.4%); en cuanto a los reactivos 21 “En situaciones difíciles soy capaz de hacer una pausa sin tener que reaccionar inmediatamente” y reactivo 22 “Cuando tengo una sensación en mi cuerpo, me es difícil describirla pues no puedo encontrar las palabras indicadas”, la mayoría respondió: Rara vez cierto (34.1% y 43.9%); para el reactivo 23 “Parece que actúo en “piloto automático”, sin mayor conciencia de lo que estoy haciendo”, la mayoría respondió: Nunca (36.6%), en lo que respecta a los reactivos 24 “Cuando tengo pensamientos o imágenes mentales aflictivas, (dolorosas, penosas, angustiantes, estresantes de tristeza), recobro la calma poco después” y reactivo 25 “Me digo a mí mismo que no debería estar pensando como estoy pensando”, la mayoría respondió: Algunas veces cierto (41.5% y 31.6%); para el reactivo 26 “Percibo los olores y aromas de las cosas”, la mayoría respondió: Frecuentemente cierto (41.5%).

En lo que corresponde al reactivo 27 “Incluso cuando me siento terriblemente alterado, soy capaz de encontrar la manera de ponerlo en palabras”, la mayoría respondió: Rara vez cierto (36.6%); en lo que corresponde a los reactivos 28 “Me apresuro entre una y otra actividad sin estar muy atento a cada una de ellas” y reactivo 29 “Cuando tengo pensamientos o imágenes mentales aflictivas (dolorosas, penosas, angustiantes, estresantes de tristeza), soy capaz de observarlas sin reaccionar”, la mayoría respondió: Algunas veces cierto (34.1% y 41.5% respectivamente); en cuanto al reactivo 30 “Pienso que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas, y que no debería sentirlas”, la mayoría respondió: Frecuentemente cierto (29.3%); en lo que se refiere a los reactivos 31 “Me doy cuenta de elementos visuales en el arte o en la naturaleza, como colores, formas, texturas y patrones de luz y sombra”, reactivo 32 “Mi tendencia natural es la de colocar mis experiencias en palabras”, reactivo 33 “Cuando tengo pensamientos o imágenes aflictivas (dolorosas, penosas, angustiantes, estresantes

de tristeza), puedo reconocerlas como tales y dejarlas ir” y reactivo 34 “Realizo deberes o tareas de manera automática sin estar consciente de lo que estoy haciendo” la mayoría respondió: Rara vez cierto (36.6%, 31.7%, 39.0% y 48.8% respectivamente).

En lo que respecta a los reactivos 35 “Cuando tengo pensamientos o imágenes mentales aflictivas (dolorosas, penosas, angustiantes, estresantes de tristeza), me juzgo a mí mismo como bueno o malo, dependiendo del tipo de pensamiento o imagen mental”, reactivo 36 “Presto atención a cómo mis emociones afectan mis pensamientos y comportamiento” y reactivo 37 “Usualmente soy capaz de describir en detalle cómo me siento en un momento determinado”, la mayoría respondió: Algunas veces cierto (34.1%, 29.3%, 46.3% respectiva); para el reactivo 38 “. Me encuentro a mí mismo haciendo cosas sin prestarles atención”, la mayoría respondió: Rara vez cierto (41.5%); y por último en lo que corresponde al reactivo 39 “Me desapruero cuando tengo ideas irracionales”, la mayoría respondió: Algunas veces cierto (29.3%).

Posteriormente en resultados de las frecuencias de respuesta de los participantes en la medición posttest de la intervención para el reactivo 1 que dictamina “Cuando camino, me doy cuenta deliberadamente de las sensaciones de mi cuerpo cuando me muevo”, reactivo 2 “Soy bueno en encontrar palabras para describir mis sentimientos”, reactivo 3 “Me critico por tener emociones irracionales o inapropiadas”, reactivo 4 “Percibo mis sentimientos y emociones sin tener que reaccionar ante ellos”, reactivo 5 “Cuando hago algo mi mente tiende a divagar y me distraigo fácilmente” y reactivo 6 “Cuando me baño o tomo una ducha, me mantengo alerta a las sensaciones del agua sobre mi cuerpo”, la mayoría respondió: Frecuentemente cierto (48.8%, 56.1%, 46.3%, 46.3%, 48.8%, 41.7% respectivamente).

En cuanto a los reactivos 7 “Puedo fácilmente poner en palabras mis creencias, opiniones y expectativas” y 8 “No presto atención a lo que hago por estar soñando despierto, andar preocupado, o distraído de alguna otra manera”, la mayoría respondió:

Siempre cierto (43.9% y 43.9% respectivamente); para el reactivo 9 “Observo mis sentimientos sin perderme en ellos”, la mayoría respondió: Frecuentemente cierto (48.8%); para el reactivo 10 “Me digo a mí mismo que no me debería estar sintiendo como me estoy sintiendo”, la mayoría respondió: Siempre cierto (36.6%). En lo que corresponde al reactivo 11 “Me doy cuenta de cómo algunos alimentos y bebidas afectan mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones”, reactivo 12 “Me es difícil encontrar las palabras para describir lo que estoy pensando”, reactivo 13 “Me distraigo fácilmente”, reactivo 14 “Creo que algunos de mis pensamientos no son normales o son malos, y que no debería pensar de esa manera” y reactivo 15 “Presto atención a sensaciones, como el viento entre mi cabello o el sol sobre mi rostro”, la mayoría respondió: Frecuentemente cierto (51.2%, 58.5%, 43.9%, 39.0%).

En lo que corresponde al reactivo 16 “Tengo problemas para pensar en las palabras indicadas que expresen cómo me siento con respecto a las cosas”, la mayoría respondió: Siempre cierto (43.9%); para el reactivo 17 “Hago juicios sobre si mis pensamientos son buenos o malos”, la mayoría respondió: Frecuentemente cierto (43.9%); en cuanto al reactivo 18 “Se me hace difícil mantenerme enfocado en lo que ocurre en el presente”, la mayoría respondió: Siempre cierto (48.8%); en cuanto a los reactivos 19 “Cuando experimento pensamientos o imágenes mentales aflictivas, (dolorosas, penosas, angustiantes, estresantes de tristeza), me “detengo” y soy consciente del pensamiento o la imagen sin dejar que estos se apoderen de mí”, reactivo 20 “Presto atención a sonidos, como los de las manecillas de un reloj, el cantar de los pájaros, o el pasar de los autos” y reactivo 21 “En situaciones difíciles soy capaz de hacer una pausa sin tener que reaccionar inmediatamente”, la mayoría respondió: Frecuentemente cierto (39.0%, 41.5%, 43.9%). En cuanto al reactivo 22 “Cuando tengo una sensación en mi cuerpo, me es difícil describirla pues no puedo encontrar las palabras indicadas”, la mayoría respondió: Siempre cierto (43.9%).

Para los reactivos 23 “Parece que actúo en “piloto automático”, sin mayor conciencia de lo que estoy haciendo”, reactivo 24 “Cuando tengo pensamientos o imágenes mentales aflictivas, (dolorosas, penosas, angustiantes, estresantes de tristeza), recobro la calma poco después”, reactivo 25 “Me digo a mí mismo que no debería estar pensando como estoy pensando”, reactivo 26 “Percibo los olores y aromas de las cosas”, reactivo 27 “Incluso cuando me siento terriblemente alterado, soy capaz de encontrar la manera de ponerlo en palabras”, reactivo 28 “Me apresuro entre una y otra actividad sin estar muy atento a cada una de ellas”, reactivo 29 “Cuando tengo pensamientos o imágenes mentales aflictivas (dolorosas, penosas, angustiantes, estresantes de tristeza), soy capaz de observarlas sin reaccionar”, reactivo 30 “Pienso que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas, y que no debería sentir las”, reactivo 31 “Me doy cuenta de elementos visuales en el arte o en la naturaleza, como colores, formas, texturas y patrones de luz y sombra”, reactivo 32 “Mi tendencia natural es la de colocar mis experiencias en palabras”.

Reactivo 33 “Cuando tengo pensamientos o imágenes aflictivas (dolorosas, penosas, angustiantes, estresantes de tristeza), puedo reconocerlas como tales y dejarlas ir”, reactivo 34 “Realizo deberes o tareas de manera automática sin estar consciente de lo que estoy haciendo”, reactivo 35 “Cuando tengo pensamientos o imágenes mentales aflictivas (dolorosas, penosas, angustiantes, estresantes de tristeza), me juzgo a mí mismo como bueno o malo, dependiendo del tipo de pensamiento o imagen mental” y reactivo 36 “Presto atención a cómo mis emociones afectan mis pensamientos y comportamiento”, la mayoría respondió: Frecuentemente cierto (43.9%, 46.3%, 34.1%, 61.0%, 46.3%, 41.5%, 36.6%, 56.1%, 56.1%, 63.4%, 65.9%, 43.9%, 43.9%, 41.5% respectivamente).

En cuanto al reactivo 37 “Usualmente soy capaz de describir en detalle cómo me siento en un momento determinado”, la mayoría respondió: Siempre cierto (36.6%); para

los reactivos 38 “Me encuentro a mí mismo haciendo cosas sin prestarles atención” y reactivo 39 “Me desapruebo cuando tengo ideas irracionales”, la mayoría respondió: Frecuentemente cierto (58.5%, 46.3%). Las preguntas de la escala se presentan en la tabla 14.

Tabla 14

Reactivos del Cuestionario de las Cinco Facetas de Mindfulness

Número de reactivo

1. Cuando camino, me doy cuenta deliberadamente de las sensaciones de mi cuerpo cuando me muevo
 2. Soy bueno en encontrar palabras para describir mis sentimientos.
 3. Me critico por tener emociones irracionales o inapropiadas.
 4. Percibo mis sentimientos y emociones sin tener que reaccionar ante ellos.
 5. Cuando hago algo mi mente tiende a divagar y me distraigo fácilmente
 6. Cuando me baño o tomo una ducha, me mantengo alerta a las sensaciones del agua sobre mi cuerpo.
 7. Puedo fácilmente poner en palabras mis creencias, opiniones y expectativas
 8. No presto atención a lo que hago por estar soñando despierto, andar preocupado, o distraído de alguna otra manera.
 9. Observo mis sentimientos sin perderme en ellos.
 10. Me digo a mí mismo que no me debería estar sintiendo como me estoy sintiendo.
 11. Me doy cuenta de cómo algunos alimentos y bebidas afectan mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones
 12. Me es difícil encontrar las palabras para describir lo que estoy pensando.
 13. Me distraigo fácilmente.
 14. Creo que algunos de mis pensamientos no son normales o son malos, y que no debería pensar de esa manera.
 15. Presto atención a sensaciones, como el viento entre mi cabello o el sol sobre mi rostro
 16. Tengo problemas para pensar en las palabras indicadas que expresen cómo me siento con respecto a las cosas.
 17. Hago juicios sobre si mis pensamientos son buenos o malos
 18. Se me hace difícil mantenerme enfocado en lo que ocurre en el presente
-

Tabla 14 (*continuación*)*Reactivos del Cuestionario de las Cinco Facetas de Mindfulness*

Número de reactivo

-
19. Cuando experimento pensamientos o imágenes mentales aflictivas, (dolorosas, penosas, angustiantes, estresantes de tristeza), me “detengo” y soy consciente del pensamiento o la imagen sin dejar que estos se apoderen de mí.
 20. Presto atención a sonidos, como los de las manecillas de un reloj, el cantar de los pájaros, o el pasar de los autos.
 21. En situaciones difíciles soy capaz de hacer una pausa sin tener que reaccionar inmediatamente.
 22. Cuando tengo una sensación en mi cuerpo, me es difícil describirla pues no puedo encontrar las palabras indicadas.
 23. Parece que actúo en “piloto automático”, sin mayor conciencia de lo que estoy haciendo.
 24. Cuando tengo pensamientos o imágenes mentales aflictivas, (dolorosas, penosas, angustiantes, estresantes de tristeza), recobro la calma poco después.
 25. Me digo a mí mismo que no debería estar pensando como estoy pensando
 26. Percibo los olores y aromas de las cosas.
 27. Incluso cuando me siento terriblemente alterado, soy capaz de encontrar la manera de ponerlo en palabras
 28. Me apresuro entre una y otra actividad sin estar muy atento a cada una de ellas.
 29. Cuando tengo pensamientos o imágenes mentales aflictivas (dolorosas, penosas, angustiantes, estresantes de tristeza), soy capaz de observarlas sin reaccionar.
 30. Pienso que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas, y que no debería sentirlas.
 31. Me doy cuenta de elementos visuales en el arte o en la naturaleza, como colores, formas, texturas y patrones de luz y sombra
 32. Mi tendencia natural es la de colocar mis experiencias en palabras.
 33. Cuando tengo pensamientos o imágenes aflictivas (dolorosas, penosas, angustiantes, estresantes de tristeza), puedo reconocerlas como tales y dejarlas ir.
 34. Realizo deberes o tareas de manera automática sin estar consciente de lo que estoy haciendo.
 35. Cuando tengo pensamientos o imágenes mentales aflictivas (dolorosas, penosas, angustiantes, estresantes de tristeza), me juzgo a mí mismo como bueno o malo, dependiendo del tipo de pensamiento o imagen mental.
 36. Presto atención a cómo mis emociones afectan mis pensamientos y comportamiento.
 37. Usualmente soy capaz de describir en detalle cómo me siento en un momento determinado.
 38. Me encuentro a mí mismo haciendo cosas sin prestarles atención.
 39. Me desapruuebo cuando tengo ideas irracionales.
-

Tabla 15
Frecuencias y porcentajes del Cuestionario de Cuestionario sobre Confianza ante Ciertas Situaciones

Reactivos	Nada confiado 0%		20%		40 %		60 %		80 %		Muy confiado 100%	
	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)
1.												
Pretest	3	(7.3)	3	(7.3)	14	(34.1)	8	(19.5)	5	(12.2)	8	(19.6)
Posttest	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	12	(29.3)	29	(70.7)
2.												
Pretest	7	(17.1)	5	(12.2)	6	(14.6)	8	(19.5)	13	(31.7)	2	(4.9)
Posttest	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	3	(7.3)	12	(29.3)	26	(63.4)
3.												
Pretest	6	(14.6)	8	(19.5)	7	(17.1)	8	(19.5)	7	(17.1)	5	(12.2)
Posttest	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(2.4)	1	(2.4)	21	(51.3)	18	(43.9)
4.												
Pretest	6	(14.6)	5	(12.2)	3	(7.3)	9	(22.0)	10	(24.4)	8	(19.5)
Posttest	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(4.9)	16	(39.0)	23	(56.1)
5.												
Pretest	1	(2.4)	7	(17.1)	1	(2.4)	5	(12.2)	9	(22.0)	18	(43.9)
Posttest	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	3	(7.3)	9	(22.0)	29	(70.7)
6.												
Pretest	3	(7.3)	7	(17.1)	6	(14.6)	4	(9.8)	4	(9.8)	17	(41.4)
Posttest	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	4	(9.8)	10	(24.4)	27	(65.8)
7.												
Pretest	15	(36.6)	11	(26.8)	5	(12.2)	4	(9.8)	0	(0.0)	6	(14.6)
Posttest	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(2.4)	6	(14.6)	17	(41.5)	17	(41.5)
8.												
Pretest	19	(46.3)	7	(17.1)	7	(17.1)	1	(2.4)	3	(7.3)	4	(9.8)
Posttest	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	5	(12.2)	18	(43.9)	18	(43.9)
9.												
Pretest	12	(29.3)	9	(22.0)	4	(9.8)	7	(17.1)	6	(14.5)	3	(7.3)
Posttest	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	6	(14.6)	17	(41.5)	18	(43.9)
10.												
Pretest	4	(9.8)	7	(17.1)	4	(9.8)	10	(24.4)	5	(12.2)	11	(26.7)
Posttest	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(2.4)	4	(9.8)	6	(14.6)	30	(73.2)

Nota: *f*=frecuencia, %=Porcentaje, *n*=41

Tabla 15(*continuación*)*Frecuencias y porcentajes del Cuestionario de Cuestionario sobre Confianza ante Ciertas Situaciones*

Reactivos	Nada confiado 0%		20%		40 %		60 %		80 %		Muy confiado 100%	
	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)
11.												
Pretest	7	(17.1)	6	(14.6)	11	(26.8)	9	(22.0)	3	(7.3)	5	(12.2)
Posttest	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	6	(14.6)	11	(26.9)	24	(58.5)
12.												
Pretest	8	(19.5)	4	(9.8)	7	(17.1)	8	(19.5)	4	(9.8)	10	(24.3)
Posttest	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	3	(7.3)	12	(29.3)	26	(63.4)
13.												
Pretest	11	(26.8)	5	(12.2)	3	(7.3)	5	(12.2)	8	(19.5)	9	(22.0)
Posttest	0	(0.0)	2	(4.9)	1	(2.4)	2	(4.9)	14	(34.1)	22	(53.7)
14.												
Pretest	10	(24.4)	5	(12.2)	6	(14.6)	5	(12.2)	6	(14.6)	9	(22.0)
Posttest	0	(0.0)	1	(2.4)	0	(0.0)	5	(12.2)	14	(34.2)	21	(51.2)
15.												
Pretest	6	(14.6)	0	(0.0)	9	(22.0)	5	(12.2)	5	(12.2)	16	(39.0)
Posttest	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(2.4)	11	(26.9)	29	(70.7)
16.												
Pretest	5	(12.2)	2	(4.9)	4	(9.8)	3	(7.3)	7	(17.1)	20	(48.7)
Posttest	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(2.4)	1	(2.4)	10	(24.5)	29	(70.7)
17.												
Pretest	14	(34.1)	15	(36.6)	5	(12.2)	2	(4.9)	2	(4.9)	3	(7.3)
Posttest	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	8	(19.5)	14	(34.1)	19	(46.4)
18.												
Pretest	8	(19.5)	13	(31.7)	8	(19.5)	2	(4.9)	1	(2.4)	9	(22.0)
Posttest	1	(2.4)	0	(0.0)	2	(4.9)	2	(4.9)	11	(26.8)	25	(61.0)
19.												
Pretest	10	(24.4)	5	(12.2)	7	(17.1)	10	(24.4)	4	(9.8)	5	(12.2)
Posttest	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(4.9)	1	(2.4)	13	(31.7)	25	(61.0)
20.												
Pretest	9	(22.0)	6	(14.6)	11	(26.8)	7	(17.1)	4	(9.8)	4	(9.8)
Posttest	0	(0.0)	0	(0.0)	3	(7.3)	2	(4.9)	16	(39.0)	20	(48.8)

Nota: *f*=frecuencia, %=Porcentaje, *n*=41

Tabla 15 (continuación)

Frecuencias y porcentajes del Cuestionario de Cuestionario sobre Confianza ante Ciertas Situaciones

Reactivos	Nada confiado 0%		20%		40 %		60 %		80%		Muy confiado 100%	
	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)
21.												
Pretest	7	(17.1)	11	(26.8)	14	(34.1)	2	(4.9)	4	(9.8)	3	(7.3)
Posttest	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(2.4)	8	(19.5)	13	(31.7)	19	(46.3)
22.												
Pretest	4	(9.8)	3	(7.3)	9	(22.0)	10	(24.4)	5	(12.2)	10	(24.4)
Posttest	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(4.9)	6	(14.6)	10	(24.4)	23	(56.1)
23.				(2.4)								
Pretest	4	(9.8)	1	(0.0)	2	(4.9)	6	(14.6)	15	(36.6)	13	(31.7)
Posttest	0	(0.0)	0		0	(0.0)	3	(7.3)	12	(29.3)	26	(63.4)
24.												
Pretest	7	(17.1)	13	(31.7)	13	(31.7)	5	(12.2)	1	(2.4)	2	(4.9)
Posttest	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(2.4)	7	(17.1)	12	(29.3)	21	(51.2)
25.												
Pretest	4	(9.8)	1	(2.4)	2	(4.9)	5	(12.2)	12	(29.3)	17	(41.5)
Posttest	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(2.4)	11	(26.8)	29	(70.7)
26.												
Pretest	5	(12.2)	2	(4.9)	2	(4.9)	4	(9.8)	13	(31.7)	15	(36.6)
Posttest	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(2.4)	12	(29.3)	28	(68.3)
27.												
Pretest	14	(34.1)	9	(22.0)	7	(17.1)	1	(2.4)	3	(7.3)	7	(17.1)
Posttest	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(4.9)	6	(14.6)	14	(34.1)	19	(46.3)
28.												
Pretest	16	(39.0)	8	(19.5)	7	(17.1)	0	(0.0)	6	(14.6)	4	(9.8)
Posttest	1	(2.4)	0	(0.0)	1	(2.4)	6	(14.6)	9	(22.0)	24	(58.5)
29.												
Pretest	11	(26.8)	8	(19.5)	7	(17.1)	5	(12.2)	2	(4.9)	8	(19.5)
Posttest	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	4	(9.8)	9	(22.0)	28	(68.3)
30.												
Pretest	12	(29.3)	5	(12.2)	7	(17.1)	5	(12.2)	3	(7.3)	9	(22.0)
Posttest	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	6	(14.6)	8	(22.0)	26	(63.4)

Nota: f=frecuencia, %=Porcentaje, n=41

Tabla 15 (continuación)

Frecuencias y porcentajes del Cuestionario de Cuestionario sobre Confianza ante Ciertas Situaciones

Reactivos	Nada confiado 0%		20%		40 %		60 %		80%		Muy confiado 100%	
	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)	<i>f</i>	(%)
31.												
Pretest	6	(14.6)	3	(7.3)	7	(17.1)	9	(22.0)	10	(24.4)	6	(14.6)
Posttest	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(4.9)	4	(9.8)	11	(26.8)	24	(58.5)
32.												
Pretest	6	(14.6)	9	(22.0)	8	(19.5)	7	(17.1)	7	(17.1)	4	(9.8)
Posttest	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	3	(7.3)	13	(31.7)	25	(61.0)
33.												
Pretest	7	(17.1)	5	(12.2)	3	(7.3)	9	(22.0)	7	(17.1)	10	(24.4)
Posttest	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(2.4)	2	(4.9)	9	(22.0)	29	(70.7)
34.												
Pretest	2	(4.9)	4	(9.8)	6	(14.6)	5	(12.2)	11	(26.8)	13	(31.7)
Posttest	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(4.9)	9	(22.0)	30	(73.2)
35.												
Pretest	6	(14.6)	4	(9.8)	11	(26.8)	4	(9.8)	10	(24.4)	6	(14.6)
Posttest	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	16	(39.0)	25	(61.0)
36.												
Pretest	17	(41.5)	10	(24.4)	5	(12.2)	1	(2.4)	3	(7.3)	5	(12.2)
Posttest	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(4.9)	1	(2.4)	16	(39.0)	22	(53.7)
37.												
Pretest	19	(46.3)	8	(19.5)	5	(12.2)	2	(4.9)	5	(12.2)	2	(4.9)
Posttest	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	3	(7.3)	12	(29.3)	26	(63.4)
38.												
Pretest	21	(51.3)	6	(14.6)	6	(14.6)	6	(14.6)	0	(0.0)	2	(4.9)
Posttest	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(2.4)	2	(4.9)	14	(34.2)	24	(58.5)
39.												
Pretest	13	(31.7)	11	(26.8)	5	(12.1)	4	(9.8)	4	(9.8)	4	(9.8)
Posttest	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	3	(7.3)	6	(14.7)	32	(78.0)

Nota: *f*=frecuencia, %=Porcentaje, *n*=41

La tabla 15 corresponde a los resultados de las frecuencias y porcentajes de respuestas del Cuestionario sobre confianza ante ciertas situaciones (SCQ-39). En donde en la medición pretest de la intervención, en lo que corresponde al reactivo 1 que dictamina “Si sintiera que me he decepcionado a mí mismo”, la mayoría de los participantes respondió sentir un 40% de confianza (34.1%); para el reactivo 2 “Si hubiera peleas en mi casa” la mayoría de los participantes respondió sentir un 80% de confianza (31.7%); para el reactivo 3 “Si tuviera dificultades para dormir”, se encontró un empate con la respuesta de sentir un 20% de confianza y un 60% de confianza (19.5%); en cuanto al reactivo 4 “Si tuviera una discusión con un amigo”, la mayoría respondió sentir un 80% de confianza (24.4%). En lo que respecta a los reactivos 5 “Si me pareciera que no le gusto a otra gente” y reactivo 6 “Si me sintiera confiado y relajado”, la mayoría respondió sentir un 100% de Confianza (43.9%, 41.5%).

En lo que respecta a los reactivos 7 “Si saliera con un grupo de amigos y quisieran pasar por un bar”, reactivo 8 “Si estuviera pasándomela bien en una fiesta y quisiera pasármela mejor” y reactivo 9 “Si me acordara de lo bien que sabe”, la mayoría respondió sentirse Nada confiado (36.6%, 46.3%, 29.3% respectivamente); para el reactivo 10 “Si me convenciera de que soy una nueva persona y me puedo fumar un par de cigarrillos”, la mayoría respondió sentir un 100% de Confianza (26.8%); en cuanto al reactivo 11 “Si tuviera miedo de que las cosas no fueran a funcionar”, la mayoría respondió sentir un 40 % de confianza (26.8%); para el reactivo 12 “Si otra gente interfiriera con mis planes”, la mayoría respondió sentir un 100% de Confianza (24.4%); en lo que corresponde a los reactivos 13 “Si me siento soñoliento y quisiera mantenerme alerta” y reactivo 14 “Si tuviera problemas con gente en el trabajo”, la mayoría respondió sentirse Nada confiado (26.8%, 24.4% respectivamente).

Respecto a los reactivos 15 “Si me sintiera incómodo con la presencia de alguien” y reactivo 16 “Si todo me estuviera yendo bien” la mayoría respondió sentir un 100% de Confianza (39.0%, 48.8%); en cuanto a los reactivos 17 “Si estuviera en una fiesta y otra gente estuviera fumando” y reactivo 18 “Si quisiera celebrar con un amigo”, la mayoría respondió sentir un 20% de confianza (36.6%, 31.7%); para el reactivo 19 “Si pasara por una tienda de cigarrillos”, la mayoría respondió sentirse Nada confiado (24.4%); en lo que corresponde a los reactivos 20 “Si me cuestionara mi autocontrol sobre el tabaco y me sintiera como que me puedo fumar uno para ponerme a prueba” y reactivo 21 “Si estuviera molesto por cómo están saliendo las cosas”, la mayoría respondió sentir un 40 % de confianza (26.8%, 34.1%); para el reactivo 22 “Si otra gente me tratara injustamente”, la mayoría respondió sentir un 60 % de confianza (24.4%); para el reactivo 23 “Si sintiera nauseas”, la mayoría respondió sentir un 80% de confianza (36.6%); en cuanto al reactivo 24 “Si aumentara la presión en mi trabajo por las exigencias de mi supervisor”, se encontró un empate con la respuesta sentir un 20% y 40 % de confianza (31.7%).

En lo que corresponde a los reactivos 25 “Si alguien me criticara” y reactivo 26 “Si me sintiera satisfecho con algo que he hecho”, la mayoría respondió sentir un 100% de Confianza (41.5%, 36.6% respectivamente); para los reactivos 27 “Si me sintiera relajado con un amigo y quisiera pasar un buen rato”, reactivo 28 “Si estuviera en algún restaurante y las personas que están conmigo están fumando”, reactivo 29 “Si encontrara inesperadamente una cajetilla de mis cigarrillos favoritos” y reactivo 30 “Si comenzara a pensar que un solo cigarrillo no me hará daño”, la mayoría respondió sentirse Nada confiado (34.1%, 39.0%, 26.8%, 29.3% respectivamente); para el reactivo 31 “Si me sintiera confundido acerca de lo que debo hacer”, la mayoría respondió sentir un 80% de confianza (24.4%); para el reactivo 32 “Si estuviera bajo mucha presión por los miembros de mi familia en la casa”, la mayoría respondió sentir un 20% de confianza (22.0%).

En cuanto a los reactivos 33 “Si sintiera como nudos en el estómago” e reactivo 34 Si no me llevara bien con los demás en el trabajo”, la mayoría respondió sentirse Muy Confiado (24.4%, 31.7% respectivamente); en lo que corresponde al reactivo 35 “Si otra gente a mi alrededor me pusiera tenso”, la mayoría respondió sentir un 40 % de confianza (26.8%); y por último para los reactivos 36 “Si saliera “con amigos” a dar una vuelta y quisiera pasármela mejor”, reactivo 37 “Si conozco a alguien y esta persona sugiere fumar juntos”, reactivo 38 “Si de pronto sintiera la urgencia de fumar” y reactivo 39 “Si quisiera probarme a mí mismo que puedo fumarme un par de cigarrillos sin que se convierta en un exceso”, la mayoría de los participantes respondió sentirse Nada confiado (41.5%, 46.3%, 53.7%, 31.7% respectivamente).

Respecto a los resultados de las frecuencias de respuesta del FFMQ-39 en la medición posttest de la intervención, la mayoría de los participantes cambiaron sus respuestas a sentirse, Muy Confiado en la mayoría de los reactivos del cuestionario. Cada uno de los reactivos se encuentra en la tabla 16.

Tabla 16

Reactivos del Cuestionario de Cuestionario sobre Confianza ante Ciertas Situaciones

Número de reactivo
1. Si sintiera que me he decepcionado a mí mismo
2. Si hubiera peleas en mi casa
3. Si tuviera dificultades para dormir
4. Si tuviera una discusión con un amigo
5. Si me pareciera que no le gusto a otra gente
6. Si me sintiera confiado y relajado
7. Si saliera con un grupo de amigos y quisieran pasar por un bar
8. Si estuviera pasándomela bien en una fiesta y quisiera pasármela mejor
9. Si me acordara de lo bien que sabe
10. Si me convenciera de que soy una nueva persona y me puedo fumar un par de cigarrillos
11. Si tuviera miedo de que las cosas no fueran a funcionar
12. Si otra gente interfiriera con mis planes
13. Si me siento soñoliento y quisiera mantenerme alerta
14. Si tuviera problemas con gente en el trabajo
15. Si me sintiera incómodo con la presencia de alguien
16. Si todo me estuviera yendo bien
17. Si estuviera en una fiesta y otra gente estuviera fumando
18. Si quisiera celebrar con un amigo
19. Si pasara por una tienda de cigarrillos
20. Si me cuestionara mi autocontrol sobre el tabaco y me sintiera como que me puedo fumar uno para ponerme a prueba
21. Si estuviera molesto por cómo están saliendo las cosas
22. Si otra gente me tratara injustamente
23. Si sintiera náuseas
24. Si aumentara la presión en mi trabajo por las exigencias de mi supervisor
25. Si alguien me criticara
26. Si me sintiera satisfecho con algo que he hecho
27. Si me sintiera relajado con un amigo y quisiera pasar un buen rato
28. Si estuviera en algún restaurante y las personas que están conmigo están fumando
29. Si encontrara inesperadamente una cajetilla de mis cigarrillos favoritos
30. Si comenzara a pensar que un solo cigarrillo no me hará daño
31. Si me sintiera confundido acerca de lo que debo hacer
32. Si estuviera bajo mucha presión por los miembros de mi familia en la casa
33. Si sintiera como nudos en el estómago
34. Si no me llevara bien con los demás en el trabajo
35. Si otra gente a mi alrededor me pusiera tenso
36. Si saliera “con amigos” a dar una vuelta y quisiera pasármela mejor
37. Si conozco a alguien y esta persona sugiere fumar juntos
38. Si de pronto sintiera la urgencia de fumar
39. Si quisiera probarme a mí mismo que puedo fumarme un par de cigarrillos sin que se convierta en un exceso

Distribución de las Variables

Para determinar la normalidad en la distribución de los datos se realizó la Prueba de Bondad de Ajuste de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, los resultados se muestran en la tabla 17.

Tabla 17

Medidas de Tendencia Central, de Dispersión y Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors

Variable	<i>n</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	D^a	<i>p</i>
Edad	41 ^a	30.6	26.0	12.1	18.0	59.0	.201	.001
Edad de Inicio de Consumo (años)	41 ^a	14.6	15.0	2.0	7.0	18.0	.147	.049
Pretest								
Cantidad de cigarrillos por ocasión	41 ^a	16.6	15.0	11.4	3.0	52.0	.195	.001
Índice de Fagerstrom	41 ^a	32.7	30.0	25.9	0.0	80.0	.161	.019
Índice DASS estrés	41 ^a	54.6	35.7	24.7	9.5	100.0	.187	.003
Índice DASS ansiedad	41 ^a	40.4	35.7	24.7	9.5	100.0	.212	.001
Índice DASS depresión	41 ^a	29.2	19.0	27.0	0.0	95.2	.202	.001
Índice FFMQ	41 ^a	47.8	46.7	10.7	30.7	73.7	.221	.001
Índice SCQ-39	41 ^a	49.7	53.3	19.7	2.0	91.2	.144	.056
Postest								
Cantidad de cigarrillos por ocasión	41 ^b	1.8	0.0	2.2	0.0	7.0	.323	.001
Índice de Fagerstrom	41 ^b	7.8	9.5	10.7	0.0	38.1	.264	.001
Índice DASS estrés	41 ^a	18.2	19.0	10.7	4.7	38.1	.160	.200
Índice DASS ansiedad	41 ^a	19.0	14.2	11.5	4.7	52.3	.186	.082
Índice DASS depresión	41 ^a	11.2	9.5	10.7	0.0	38.1	.148	.200
Índice FFMQ	41 ^a	76.1	77.5	12.4	57.0	94.8	.218	.018
Índice SCQ-39	41 ^a	83.4	84.1	9.4	62.0	96.4	.134	.200

Nota: ^a*n*= muestra total, ^b*n*=consumidores de tabaco al postest \bar{X} = Media, *Mdn*= Mediana, *DE*=Desviación Estándar, D^a = Estadístico de Prueba de Normalidad, *p*=Valor de p

En la tabla 17 se muestran los resultados de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors la cual mostró que no existe distribución normal en la mayoría de las variables de estudio, por lo que se optó por utilizar la estadística no paramétrica.

Objetivos específicos

Respecto al objetivo 3 que indica: Los participantes de la intervención holística de enfermería para dejar de fumar tendrán una reducción significativa del número de cigarrillos fumados en un día típico, disminución en los índices de dependencia al tabaco y en los puntajes de síntomas de depresión, estrés y de ansiedad al finalizar la intervención, se utilizó la estadística inferencial a través de la prueba de *W de Wilcoxon* así como el tamaño del efecto como se presenta en la tabla 18.

Tabla 18

Prueba de W de Wilcoxon para muestras relacionadas pretest y posttest, objetivo 3

Cantidad de cigarrillos por ocasión	<i>n</i>	\bar{X}	<i>DE</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>IC 95%</i>	
							LI	LS
Pretest	41	16.3	10.8	-5.58	.001	1.60	2.21	0.98
Posttest		1.8	2.2					
Test Fagestrom								
Pretest	41	32.5	25.1	-3.74	.001	1.14	1.72	0.56
Posttest		7.8	9.7					
DASS 21 estrés								
Pretest	41	54.1	18.8	-5.30	.001	1.42	1.90	0.93
Posttest		30.0	14.9					
DASS 21 ansiedad								
Pretest	41	40.9	23.5	-4.65	.001	.90	1.35	0.45
Posttest		23.2	14.6					
DASS 21 depresión								
Pretest	41	29.3	26.5					
Posttest		11.8	15.0	-4.83	.001	.81	1.26	0.36

Nota: n=personal de enfermería que consumió alcohol, \bar{X} =Media, *DE*=Desviación estándar, *Z*=Estadístico de *W de Wilcoxon*, *p*=Valor de *p*, *d*=Tamaño del efecto, *IC 95%*= Intervalo de Confianza al 95%, *LI*= Límite inferior, *LS*=Límite superior.

Al finalizar la intervención los resultados mostraron una reducción estadística y clínicamente significativa con un tamaño del efecto muy grande en los cigarros

fumados en un día típico ($Z = -5.58, p < .001, d = 1.60 [2.21-.98]$) y en los índices de la dependencia a la nicotina (test de Fagestrom) ($Z = -3.74, p < .001, d = 1.14 [1.72-0.56]$). Asimismo se encontró un efecto estadísticamente y clínicamente significativo con un tamaño del efecto muy grande, en donde se redujo el puntaje de la escala de síntomas de estrés ($Z = -5.30, p < .001, d = 1.42, [1.90-.093]$). De la misma manera se encontró un efecto estadísticamente y clínicamente significativo con un tamaño del efecto grande en la reducción de la ansiedad ($Z = -4.65, p < .001, d = .90 [1.35-0.45]$) y depresión ($Z = -4.86, p < .001, d = .81 [1.26-0.36]$). Con lo anterior se da respuesta al objetivo específico número tres.

Adicionalmente en la siguiente figura se muestra la reducción de la media de cigarrillos fumados por semana de los pacientes durante el tratamiento. Se puede observar como la media de cigarrillos fumados por semana disminuyó su valor progresivamente ($M = 11.55$) hasta finalizar la intervención.

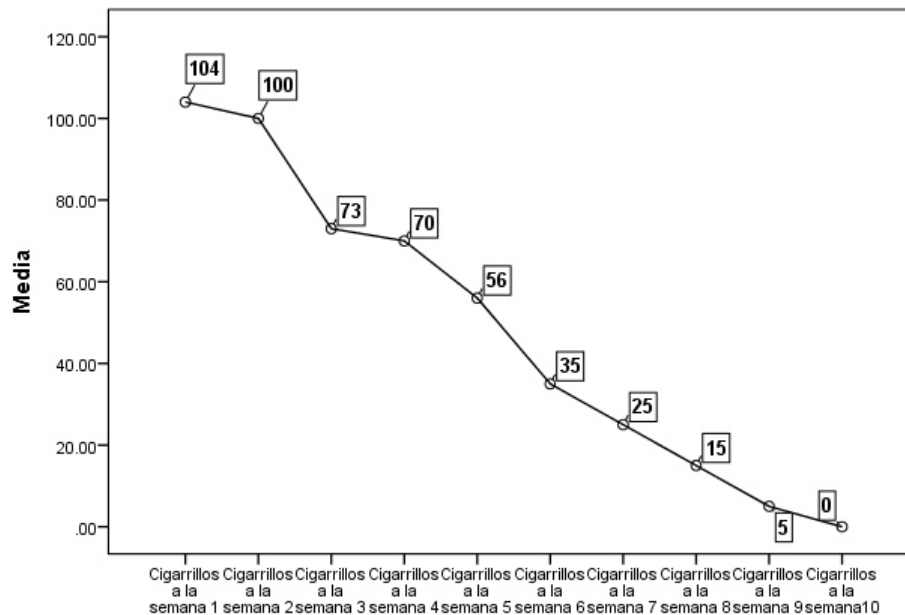


Figura 4. Promedio de cigarrillos fumados por semana durante la intervención

En relacion con el objetivo 4 que indicó: Los participantes de la intervención holística de enfermería tendrán significativamente un mayor puntaje en la

autotrascendencia intrapersonal y de autoeficacia al finalizar la intervención, se utilizó la estadística inferencial a través de la prueba de *W de Wilcoxon* y el tamaño del efecto como se presenta en las tabla 19.

Tabla 19

Prueba de W de Wilcoxon para muestras relacionadas pretest y posttest, objetivo 4

	<i>n</i>	\bar{X}	<i>DE</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>	<i>d</i>	<i>IC 95%</i>	
							LI	LS
FFMQ 39								
Pretest	41	48.3	9.5	-5.44	.001	.88	0.42	1.33
Posttest		57.5	11.3					
SCQ-39								
Pretest	41	48.7	19.9	-5.51	.001	1.48	0.99	1.97
Posttest		76.1	16.8					

Nota: n=personal de enfermería que consumió alcohol, \bar{X} =Media, *DE*=Desviación estándar, *Z*=Estadístico de *W de Wilcoxon*, *p*=Valor de p, *d*=Tamaño del efecto, *IC*=Intervalo de Confianza al 95%, *LI*= Límite inferior, *LS*=Límite superior.

Por otro lado, en la medición posttest los participantes mostraron una mejoría estadística y clínicamente significativa con tamaño de efecto grande respecto a la autotrascendencia intrapersonal evaluada a través del Cuestionario de Five Facet Mindfulness Quistionarie (FFMQ) ($Z = -5.44$, $p < .001$, $d=0.88$ [0.42, 1.33]) y respecto a la autoeficacia con un tamaño del efecto muy grande, medida a través del Cuestionario de Confianza Situacional ante Situaciones de Tentación para el Consumo de tabaco (SCQ-39) ($Z = -5.51$, $p < .001$, $d=1.48$ [0.99, 1.97]). Con lo anterior se da respuesta al objetivo específico número cuatro.

Con referencia al objetivo que dictamina: 5) Los niveles de cotinina en orina de los participantes de la intervención holística de enfermería serán menores al finalizar la intervención. Se utilizó la estadística inferencial a través de la Prueba del Signo así como se muestra en la tabla 20.

Tabla 20

Prueba del Signo para la cotinina en orina pretest- posttest, objetivo 5

Prueba del signo para la columna en orden pretest, posttest, seguimiento						
	Momento de la medición				Z	p
	Pretest		Posttest			
	f	%	f	%		
Positiva	29	70.7	3	7.3	-4.90	.001
Negativa	12	29.3	38	92.7		

Nota: $n=41$, f =frecuencia, $\%$ =porcentaje, p =Valor de p , Z =estadístico de la Prueba del signo

Como se puede observar en la tabla 20, se presentó un cambio significativo en la prueba de cotinina en orina del pretest al posttest donde un 70.7% de los participantes tuvo un resultado positivo al inicio de la intervención y al finalizar disminuyeron los niveles de cotinina a un 7.3%, quienes presentaron un resultado positivo con una diferencia significativa ($Z = -4.90$, $p < .001$). Con lo anterior se da respuesta al objetivo específico número cinco.

Conforme a los resultados anteriores se puede afirmar que con referencia al objetivo principal del presente estudio que fue: Valorar la factibilidad y efectividad de una intervención holística de enfermería mediante consejo breve y atención plena para la reducción del uso de tabaco, la reducción de ansiedad, estrés y depresión, así como el aumento de la autoeficacia y la autotrascendencia personal, que la intervención planteada resulto efectiva, debido a los cambios estadísticamente y clínicamente significativos que se vieron reflejados en las variables de estudio. A continuación se muestran los resultados que corresponden a la factibilidad del estudio.

Objetivos: Evaluación de la intervención

Para dar respuesta a los objetivos de evaluación: 1) Evaluar la satisfacción percibida respecto al cambio al término de la intervención con referencia al síndrome de abstinencia, necesidad de fumar, síntomas emocionales (estrés y ansiedad) y calidad de vida en general; y 2) Evaluar la satisfacción sobre qué tan apropiados son el

número de sesiones, la frecuencia, la duración y contenido de la intervención, se utilizaron frecuencias y porcentajes y los resultados se presentan en las siguientes tablas.

Tabla 21

Resultados de Escala de Impresión Global de Cambio del Paciente pos tratamiento(pregunta 1)

Desde que comenzó el tratamiento en este programa, ¿cómo describiría el cambio (si lo hubiera)? En cuanto a:	Un poco mejor <i>f (%)</i>	Algo mejor <i>f (%)</i>	Mucho mejor <i>f (%)</i>
Síndrome de abstinencia	2 (4.8)	1 (2.4)	38 (92.6)
Necesidad de fumar	1 (2.4)	1 (2.4)	39 (95.1)
Síntomas (estrés y ansiedad) emociones	0 (0.0)	13(31.7)	28 (68.2)
Calidad de vida en general	1 (2.4)	7(17.0)	33 (80.4)

Nota: n=41, *f*=frecuencia, %=porcentaje.

En la tabla 21 se muestran los resultados referentes a la Escala de Impresión Global de Cambio que se aplicó a los participantes al finalizar la intervención, en lo que respecta al reactivo número uno que evalúa ¿cómo describiría el cambio (si lo hubiera)?, se encontró que la mayoría de los participantes se sintió Mucho mejor (92.6%) en cuanto al síndrome de abstinencia, Mucho mejor (95.2%) en cuanto a su necesidad de fumar, Mucho mejor (68.2%) con referencia a síntomas emocionales y Mucho mejor (80.4%) en la calidad de vida en general.

Tabla 22

Resultados de Escala de Impresión Global de Cambio del Paciente pos tratamiento(pregunta 2)

¿Cuál es tu grado de cambio desde que comenzó este programa?		
	<i>f</i>	<i>%</i>
10 -Mucho mejor	25	60.9
9	8	19.5
8	5	12.1
7	3	7.3
5 -Sin cambio	0	0.0
0 -Mucho peor	0	0.0

Nota: n=41, *f*=frecuencia, *%*=porcentaje.

En cuanto al segundo reactivo que indaga sobre el grado de cambio desde que comenzó la intervención, la mayoría de los participantes respondió que percibía su cambio como Mucho mejor (60.9%). Asimismo se encontró que los participantes presentaron una media de satisfacción de 9.34 (*DE*=.96) con un IC 95% [9.03-9.64].

Con lo anterior se da respuesta al objetivo número uno de evaluación de la intervención.

Tabla 23
Escala de Evaluación Satisfactoria para el Participante

	Suficiente	Medianamente suficiente	Insuficiente
	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>	<i>f (%)</i>
El número de sesiones fue...	41 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)
La frecuencia de las sesiones fue...	39 (95.1)	2 (4.8)	0 (0.0)
La duración de las sesiones fue...	39 (95.1)	2 (4.8)	0 (0.0)
El contenido de las sesiones fue...	40 (97.5)	1(2.4)	0 (0.0)

Nota: n=41, *f*=frecuencia, %=porcentaje.

Con relación a la Escala de Evaluación Satisfactoria para el Participante se encontró que la mayoría respondió que fueron suficientes el número de sesiones (100%), la frecuencia en que se realizaba la intervención (95.1%), así como la duración (95.1%) y el contenido (97.5%), fue suficiente. Con lo anterior se da respuesta al objetivo número dos de evaluación.

Análisis Adicionales

Adicionalmente se realizó un análisis para detectar diferencias en la reducción de la dependencia y número de cigarrillos fumados por ocasión entre hombres y mujeres, sin embargo, no se encontraron diferencias significativas al finalizar el tratamiento.

Tabla 24
Diferencias por sexo para el nivel de dependencia y el número de cigarrillos fumados por ocasión

	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>p</i>
Nivel de dependencia a la nicotina				
Hombres	5.38	0.0	19.50	.087
Mujeres	13.3	10.0		
Cigarrillos consumidos por ocasión			170.00	.750
Hombres	1.68	0.0		
Mujeres	2.07	0.0		

Nota: \bar{X} = Media, *Mdn*=mediana, *U*= estadístico de U de Mann-Whitney, *p*=Valor de p

Capítulo IV

Discusión

La presente investigación tuvo como principal objetivo: Valorar la factibilidad y efectividad de una intervención holística de enfermería mediante el consejo breve y la atención plena para la reducción del tabaco, la reducción de ansiedad, estrés y síntomas depresivos, en un grupo de 41 adultos de 18 a 59 años que fumaban y deseaban reducir o abandonar la conducta. El diseño de la intervención se sustentó en los programas de REBAP de Kabat-Zinn (2007), el programa de Mindfulness Based Cognitive Therapy de Segal, Williams y Teasdale (2007) y el protocolo de Consejo Breve IDEAS (CONADIC & SSA, 2007). Asimismo estos programas o terapéuticas tuvieron como base teórica la Teoría de Autotrascendencia de Pamela Reed (1991) y el concepto de autoeficacia de Bandura (1977).

Respecto al análisis de los resultados en el perfil sociodemográfico de los participantes se encontró que la mayoría eran hombres (67.5%) con una media de edad de inicio de consumo de tabaco de 14.6 y una media de 16.6 cigarrillos fumados en un día típico al pretest. Lo anterior coincide parcialmente con la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) donde el informe sobre el tabaco menciona que la mayor proporción de fumadores diarios actuales pertenece al sexo masculino (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2016-2017), con referencia a lo anterior Ruiz, Isorna, Ruiz y Vaquero (2016) mencionan que ser hombre es un factor importante de riesgo en el consumo esporádico y habitual de tabaco, debido al rol de machismo que se ejerce en la sociedad mexicana, en donde el hombre tiene un rol de poder y de seguridad ante el de la mujer.

Por otra parte los resultados del presente estudio difieren significativamente en lo encontrado por la ENCODAT que menciona que la edad de inicio de consumo es de 18.3 años con una cantidad promedio de 8.3 cigarrillos, lo anterior se puede deber a que dentro de la muestra del presente estudio existieron casos aislados en donde la edad de

inicio de consumo era a muy temprana edad o bien el número de cigarrillos consumidos en un día típico superaba los 40 lo que a su vez pudo producir variaciones muy altas al realizar el análisis en conjunto, aunado a que la edad se asocia a un mayor consumo de tabaco, ya que la probabilidad de fumar cigarrillos, independientemente de la cantidad, es mayor a medida que la edad y la capacidad económica de adquisición aumentan (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2016-2017; Ruiz, Isorna, Ruiz & Vaquero, 2016).

Asimismo se encontró que la mayoría de los participantes trabajaban (52.5%), tenían pareja (65.0%) y no profesaban alguna religión (60.0%), lo cual coincide con lo encontrado por el INEGI en donde la mayoría de la población adulta en México cuenta con estas características (INEGI, 2017).

Referente al historial de intentos fallidos se encontró que el 67.5% intento dejar de fumar por lo menos una vez en la vida con una media de 2.3 intentos fallidos, lo anterior coincide con la ENCODAT (2016-2017) en donde menciona que el 73.6% de los fumadores está intentando dejar de fumar. Esta encuesta reporta que casi el cien por ciento de los fumadores sabe que fumar es causa de graves enfermedades, sin embargo debido a los múltiples síntomas colaterales derivados del síndrome de abstinencia, pocos logran en el primer intento dejar de fumar (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2016-2017).

Dentro de algunas características del consumo de tabaco, se encontró que la mayoría de los participantes fumaban más frecuentemente al confrontar estrés/ansiedad/depresión y el 85% refirió que el cigarrillo lo relajaba, lo cual coincide con Leal, Ocampo y Cicero (2010) donde encontraron que de acuerdo con los motivos para fumar destacan reducir la tensión, por necesidad y para relajarse en donde la dependencia a la nicotina puede ser un factor importante, una hipótesis que explica dicha relación es que el uso del tabaco podría ser una forma de afrontamiento a los estados de estrés, ansiedad y depresión. No obstante al dejar de fumar estos estados afectivos negativos pueden

influir en una recaída debido a que las personas desarrollan una fuerte dependencia al tabaco y pueden requerir de varios intentos para alcanzar la abstinencia (Calvete, 2005; Carmody, Vieten, & Astin, 2007; Domínguez & Pérez, 2014; Moreno & Medina, 2008; Kassel, Stroud & Paronis, 2003).

Por otra parte se encontró que la mayoría de los participantes tenía familiares que fumaban, lo que coincide con Ruiz, Isorna, Ruiz y Vaquero (2016), ya que mencionan que el contexto familiar constituye un factor de riesgo el cual se refleja manifiesto en relación con la frecuencia de consumo de tabaco ya que la probabilidad de ser fumador de manera esporádica y habitual es mayor cuando fuma el padre/madre o algún familiar cercano. Esto se puede deber a los patrones de conducta aprendidos desde la niñez, en donde se emulan las conductas que ejercen los padres a lo largo de la vida, además de que el fumar puede ser percibido como algo bueno, o normal, ya que los padres también lo hacen.

Con referencia al inicio del consumo de tabaco en el presente estudio se observó que la mayoría de los participantes inició el consumo de tabaco por curiosidad, durante una fiesta/reunión y en compañía de amigos. Con referencia a lo anterior González y Berger (2002) señalan que la influencia de los pares, es el factor de riesgo más consistente durante la adolescencia, ya que conforme al porcentaje de amigos que fuman, la probabilidad de fumar aumenta un 74 % o más. Asimismo Kovacs, et al (2008) mencionan que los adolescentes tienen como una de las motivaciones principales para consumir tabaco la necesidad de pertenencia al círculo de pares en busca de una identidad propia, por lo que esta situación pudo haber influenciado al inicio temprano del consumo de tabaco.

Los resultados de este estudio muestran que la consejería breve en conjunto con la atención plena aplicadas en forma intensiva durante diez sesiones son una herramienta eficaz para reducir la dependencia a la nicotina, el número de cigarrillos fumados en un día típico, el estrés, ansiedad y síntomas depresivos e incrementar la autoeficacia y la

autotrascendencia intrapersonal en adultos fumadores con intención de dejar el hábito. El NIDA (2015) indica que el éxito del tratamiento en caso de adicción a cualquier sustancia será más efectivo cuando existe la combinación de al menos dos terapéuticas en conjunto con una participación activa del paciente, como en el caso del presente estudio, que se combinó el consejo breve y la atención plena además de una participación activa de los sujetos en el tratamiento dado que entre una y otra sesión se llevó control por medio del seguimiento telefónico y se dejaban tareas a desarrollar por día.

En cuanto a la dependencia a la nicotina en el pretest los participantes tenían una media de 32.5 y respecto a la cantidad de cigarrillos al pretest fue una media de 16.3 cigarrillos fumados en un día típico, lo cual disminuyó progresivamente a una media de dependencia a la nicotina de 7.8 y una media de 1.8 cigarrillos al día, con un tamaño del efecto muy grande ($d=1.60$; $d=1.14$, respectivamente). Cabe destacar que dentro de este estudio el objetivo principal se dirigió a los deseos del participante, es decir si deseaba solo reducir el consumo o bien abandonar la conducta de consumo de tabaco, al inicio de la intervención los 41 participantes eran fumadores habituales, mientras que al finalizar la intervención solo 19 participantes decidieron continuar con la conducta en menor medida. Halpern y Carner (1993) en su estudio analizaron las razones para dejar de fumar y su asociación con el éxito en el abandono en una encuesta realizada a 7700 personas. Los autores encontraron que el éxito del abandono está relacionado con motivos de salud y ser ejemplo para los hijos, mientras que los que señalaban el costo económico, el efecto del tabaco en otras personas y la presión familiar se relacionaban con la disminución del consumo pero no con la cesación total. Por lo que los aspectos motivacionales de cada individuo pueden ser un factor fundamental importante a la hora de decidir si solo desea disminuir o dejar el hábito por completo. Debido a la importancia de lo anterior, en el consejo breve se trabajó la motivación por medio de la entrevista motivacional en la interacción del profesional de enfermería y el participante,

no obstante también se dejó claro que las metas eran decisiones personales y únicas por ello esta intervención planteo ambas alternativas de reducción o cesación del uso de tabaco.

Por otra parte, estudios similares han encontrado que la atención plena es una herramienta eficaz en la reducción/ abandono del consumo de tabaco, sin embargo estos estudios no reportan tamaño del efecto clínico, lo cual es relevante debido a que regularmente se utiliza la prueba *t* para el análisis de los resultados, la cual es sensible al tamaño de la muestra, por lo que reportar el tamaño el efecto resulta esencial para medir el grado de atribución de cambio debido a la intervención como se muestra en el presente estudio (Brewer et al., 2011; Elwafi, Witkiewitz Mallik, Thornhill & Brewer, 2013; De Souza et al., 2015; Tang, Tang & Posner, 2013). Al respecto Li, Howard, Garlan, McGovern y Lazar (2017) mencionan que las prácticas de mente-cuerpo como lo es la atención plena pueden modificar los mecanismos de riesgo que subyacen a las conductas adictivas, las ansias por el consumo y las recaídas. Las prácticas de atención plena pueden aumentar la conciencia meta cognitiva de los procesos automáticos asociados con el anhelo del consumo, la búsqueda y el uso de sustancias adictivas así como a la atención a los factores desencadenantes y la presencia de impulsos, lo que permite una interrupción del ciclo de mecanismos cognitivos, afectivos y psicofisiológicos mediante el uso de estrategias de afrontamiento positivas aprendidas (Garland et al., 2014; Witkiewitz et al., 2014).

Con referencia a lo anterior la investigación sobre la neurobiología de los trastornos por abuso de sustancias psicoactivas, entre ellas la adicción a la nicotina, indica que el uso crónico de drogas está asociado con un déficit en el control cognitivo dependiente del lóbulo prefrontal, que a su vez puede dañar el afecto y las vías inhibitorias (Koob & Volkow, 2010).

La investigación en neuroimagen sugiere que la práctica de atención plena tiene la capacidad de modificar y mejorar los mecanismos de control cognitivo de conductas

automáticas también conocidas como actividad neuronal descendente, por lo tanto podrían ayudar a reducir la reactividad hacia la nicotina y, consecuentemente, ayudar a dejar de fumar (Allen et al., 2012; Cahn & Polich, 2006; Farb et al., 2007; Lazar et al., 2005).

Respecto a los resultados sobre estrés, ansiedad y síntomas depresivos, la presente investigación mostró resultados estadística y clínicamente significativos con tamaño del efecto grande sobre las medias de estrés (54.1 vs 30.0), ansiedad (40.9 vs. 23.2) y síntomas depresivos (29.3 vs. 11.8) del pretest al posttest. Referente a esto, diversos autores (González et al., 2012; Quesada, Carreras & Sánchez 2002; Villar et al., 2014) mencionan que los estados de ansiedad, irritabilidad, estrés y/o depresivos están vinculados a episodios de recaídas, por lo que es de vital importancia su manejo a la hora de iniciar un tratamiento para dejar de fumar. En un estudio realizado por Drobos, Meier y Tiffany (1994) expusieron a 60 fumadores que habían realizado un programa para dejar de fumar, a situaciones imaginarias de alto riesgo y encontraron que al incorporar a las situaciones elementos relacionados con emociones negativas (como por ejemplo el estrés producido por algún problema doméstico), los sujetos se confesaban menos capaces de afrontar la situación sin fumar. Concluyen que la capacidad para mantener la abstinencia se ve claramente disminuida bajo estados emocionales negativos.

Debido a lo anterior fue de vital importancia para la presente investigación la enseñanza de la modulación de los estados afectivos negativos por medio de la atención plena y mejorar la autoeficacia, lo cual pudo permitir a los individuos no reaccionar precipitadamente ante el estrés o impulsarlos a el uso del cigarro mediante el cultivo de una conciencia de la experiencia del momento presente y un fortalecimiento de la autoeficacia (Garland, 2014).

Además, y como mencionan Garland, Froeliger y Howard (2014) y Kabat-Zinn y Hanh (2009) la práctica de atención plena mejora el manejo del estrés, ansiedad,

síntomas depresivos y reduce el uso de sustancias adictivas precipitadas por estos factores. Adicionalmente y en concordancia con el presente estudio, otras investigaciones muestran resultados positivos en la reducción de estos síntomas (Arch, et al., 2013; Chiesa & Serretti, 2011; Fjorback et al., 2011; Lengacher et al., 2009; Morledge et al., 2013; Nyklicek & Kuijpers, 2008; Praissman, 2008; Tang, Tang & Posner, 2013; Vollestad, Sivertsen & Nielsen, 2011).

Con referencia a la autoeficacia, en el presente estudio se reforzó a través del consejo breve el cual presentó una base sólida bajo el marco teórico de Bandura (1977), se encontró una mejoría estadística y clínicamente significativa en la media con un tamaño del efecto grande (48.7 vs. 76.1). Fiore y Baker en el 2011 indicaron que el consejo breve es un recurso que debe ser incluido en todas las terapias para la cesación del consumo de tabaco en los servicios de salud debido a que su utilización ha demostrado aumentar las tasas de abstinencia de consumo de tabaco al mejorar los niveles de autoeficacia para confrontar situaciones de riesgo (Alba, Murillo & Castillo, 2013).

La baja autoeficacia se ha relacionado con altos niveles de dependencia a la nicotina (Morales, Díaz, Garrido & Pascual, 2011; Palacios, 2010), por lo que en este estudio se consideró abordar la autoeficacia por medio del consejo breve como una herramienta para brindar estrategias cognitivas y conductuales de afrontamiento efectivas. Los resultados de la presente investigación concuerdan con diversos estudios, que a su vez han mostrado que el consejo breve es eficaz en la reducción y abandono del uso del tabaco (Alba, Murillo, & Castillo, 2013; García et al., 2015; Sanz et al., 2006), ya que mejora la utilización de estrategias de afrontamiento ante las situaciones de alto riesgo, disminuye la probabilidad de que se produzca una recaída y ayuda a que se mantenga la conducta de abandono (Baer, Kamarck, Lichtenstein, & Ransom, 1989; Kamark & Lichtenstein, 1988; O'Connell et al., 1998; Shiffman et al., 1993).

En cuanto a la autotranscendencia intrapersonal, esta fue medida a través de los cinco atributos de la atención plena con el cuestionario FFMQ-39, la cual se vio reforzada a través de las prácticas de AP y tuvo un incremento estadística y clínicamente significativo al posttest con un tamaño del efecto grande, estos resultados son similares a lo encontrado por diversos autores que al implementar intervenciones similares a la del presente estudio encontraron un incremento en los niveles del FFMQ-39 (Bränström, Kvillemo, Brandberg, & Moskowitz, 2010; Carpentier, Romo, Bouthillon-Heitzmann, & Limosin, 2015; Hylander, Johansson, Daukantaitė, & Ruggeri, 2017; Shore, Strauss, Cavanagh, Hayward & Ellett, 2018). De igual manera la AP ha sido utilizada como tratamiento que fortalece la autotranscendencia reconociendo y aceptando la necesidad de hacer cambios en la conducta centrándose en sí mismos y en su problema (Teixeira, 2008). En este sentido Teixeira menciona que la atención plena es un ejemplo de práctica que puede facilitar la adquisición de los atributos que hacen posible el desarrollo de la autotranscendencia: el ser consciente, la interconexión, la expansión de la conciencia y la energía creativa. En donde esta terapia ayuda a las personas a concentrarse en la respiración, permitiendo a la mente soltar el pasado y las preocupaciones futuras. Brindando la oportunidad de desarrollar una capacidad de centrarse en sí mismo en el momento presente incluyendo a los demás, permitiendo a la persona sentirse conectada tanto interna como externamente y así reconocer y aceptar las experiencias vividas para lograr el bienestar.

La presente investigación se consideró como factible ya que con relación a la Escala de Evaluación Satisfactoria para el Participante se encontró que más del 80% de los participantes consideró que eran suficientes el número de sesiones, la frecuencia, la duración y el contenido de las mismas. Asimismo en la Escala de Impresión Global de Cambio respecto al reactivo número uno que evalúa ¿cómo describiría el cambio (si lo hubiera)?, se encontró que la mayoría de los participantes se sintió mucho mejor en todas las dimensiones (síndrome de abstinencia, necesidad de fumar, síntomas

emociones y calidad de vida en general) y más de la mitad de los participantes sintió un cambio para mejor respecto a diferencia de cómo inició.

Actualmente en el contexto del mundo globalizado, donde la ciencia, la tecnología y la información están dentro del alcance de muchos, las profesiones, y específicamente los de enfermería, enfrentan la necesidad de perfeccionar sus procesos de trabajo con vistas a garantizar cuidados con calidad a los pacientes y así asegurarse del cumplimiento adecuado de los tratamientos (Santana, Bauer, Minamisava, Queiroz & Gomes, 2014). Razón por la cual instituciones internacionales como la Organización Mundial de Salud (2010) recomiendan que gestores del cuidado consideren las expectativas de los ciudadanos en la toma de decisiones así como en la satisfacción y valoración de los pacientes por los servicios de salud recibidos. Laschinger, McGillis-Hall y Almost (2004) mencionan que la satisfacción del paciente es importante ya que ha sido sugerida como indicador de calidad del cuidado en países desarrollados y esta es un importante predictor para que los pacientes regresen o continúen utilizando los servicios de salud.

En este sentido, fue importante la valoración y escuchar el relato de los participantes sobre el cuidado prestado y sobre su satisfacción, ya que esto puede representar una oportunidad de construcción de indicadores de resultado, que pueden marcar un camino de transformaciones e innovaciones en cuanto a los tratamientos para dejar de fumar.

Los resultados del presente estudio concuerdan con Cieslak et al. (2016) quienes realizaron una intervención similar en pacientes con cáncer de mama, cabe destacar que de acuerdo a la evidencia encontrada hasta el momento este es el primer estudio que evalúa la satisfacción de personas usuarias de tabaco que cursaron un tratamiento para reducir o abandonar el consumo mediante una intervención multicomponente.

Referente a los resultados presentados en la prueba de cotinina en orina, hasta el momento no se conocen estudios en los que se realice una intervención similar a la del

presente estudio, en donde se utilice este marcador biológico como una referencia de la disminución del consumo de tabaco; estos resultados son relevantes ya que la disminución de la conducta no solo se vio reflejada mediante mediciones subjetivas como los son los instrumentos de lápiz y papel, si no que se obtuvo evidencia objetiva de que realmente ocurrió un cambio en las concentraciones de cotinina (metabolito de la nicotina) en el cuerpo, lo que representa una disminución real objetiva de la cantidad de cigarrillos fumados.

Conclusiones

En base a los hallazgos del estudio es posible concluir que es factible y de manera efectiva, disminuir/abandonar el consumo de tabaco, y reducir los síntomas de ansiedad, estrés y síntomas depresivos, favorecer la autoeficacia y la autotranscendencia intrapersonal por medio de una intervención holística de enfermería mediante la aplicación de consejería breve y atención plena.

Dentro de los resultados se encontró que predominó el sexo masculino, que solo trabajan, tenían pareja y que no profesan ninguna religión. Con referencia al inicio del consumo de tabaco en su mayoría se inició por curiosidad, durante una fiesta/reunión y la mayoría fumó por primera vez en compañía de amigos. Dentro de las características del consumo de tabaco se encontró que la mayoría de los participantes fumaba más frecuentemente al confrontar estrés/ansiedad/ depresión, tenían familiares que fumaban, referían que el cigarrillo los relajaba, y que ya habían intentado dejar de fumar anteriormente.

En referencia al nivel de dependencia a la nicotina de los participantes, se encontró que al pretest y posttest predominaron los participantes con dependencia leve, sin embargo, al finalizar solo 19 de los 41 participantes continuaron con el consumo de tabaco con baja dependencia a la sustancia.

Al finalizar la intervención los resultados mostraron una reducción estadística y clínicamente significativa con un tamaño del efecto grande en los cigarros fumados en un día típico y en la dependencia a la nicotina. Asimismo, se encontró una mejoría estadística y clínicamente significativa con tamaño del efecto grande en la escala de síntomas de estrés, ansiedad y depresión. De igual manera, se presentó un cambio significativo en la prueba de cotinina en orina del pretest al posttest en donde la mayoría de los participantes presentó un resultado positivo al inicio de la intervención y al finalizar solo el siete por ciento reportó un resultado positivo presentando una diferencia significativa. Por otra parte, los participantes mostraron una mejoría estadística y clínicamente significativa de la autotrascendencia intrapersonal medida a través del Cuestionario de Five Facet Mindfulness Questionnaire y en la autoeficacia medida con el Cuestionario de Confianza Situacional ante situaciones de tentación para el consumo, ambos con un tamaño del efecto grande. En lo que respecta a la evaluación de la satisfacción de los participantes, se encontró que la mayoría de los participantes se sintió mucho mejor en cuanto al síndrome de abstinencia, a su necesidad de fumar, con referencia a síntomas emocionales y en la calidad de vida en general.

En cuanto al grado de cambio, la mayoría de los participantes respondió que se sintió mucho mejor con respecto a cuándo comenzó la intervención. Asimismo, se encontró que la mayoría respondió que eran suficientes el número de sesiones, la frecuencia, la duración y el contenido de las mismas.

Cabe mencionar que estos hallazgos son importantes ya que hasta ahora no se conocen intervenciones de enfermería para reducir el consumo de tabaco mediante estas dos terapéuticas en conjunto integrándose en un solo protocolo de cuidado y el desarrollo de dos manuales para el profesional de enfermería y para el participante, por lo que se considera una innovación en el campo de la adicción al tabaco. Además se considera de bajo costo, relativamente cortas y de fácil aplicación, ya que brindan una herramienta que puede seguir siendo utilizada después de su finalización, como una

forma de vida para mejorar el bienestar de las personas con intención de abandonar el hábito de fumar.

El presente estudio contribuye al avance y desarrollo del cuerpo de conocimientos de la enfermería en el área de prevención de adicciones, ya que proporciona una herramienta útil con una base teórica sólida, que ayuda a la limitación y reducción de riesgos y daños propiciados por el consumo de tabaco. Además los resultados de esta intervención abren una oportunidad a futuro de ampliación del rol profesional de enfermería en atención primaria ofreciendo este tratamiento a personas que desean dejar de fumar.

Limitaciones

Finalmente, estos resultados deben ser tomados con cautela por las siguientes limitaciones: la falta de un grupo control y no se realizó un seguimiento.

Recomendaciones

Para futuras investigaciones se sugiere contar con un grupo control y uno experimental con asignación aleatoria a los grupos a fin de mejorar poder estadístico. Realizar estudios longitudinales con un número mayor de mediciones e incluir las variables de motivaciones intrínsecas, extrínsecas y realizar un análisis sobre la significancia clínica del cambio (pretest-posttest) de los pacientes, respecto a los puntos de corte de los instrumentos. Asimismo se recomienda seguir utilizando las escalas del presente estudio ya que presentaron niveles aceptables de confiabilidad para este tipo de población, así como realizar uno o varios seguimientos.

Más adelante, se recomienda realizar investigaciones con la finalidad de aumentar el cuerpo de conocimientos y realizar intervenciones de enfermería para reducir el consumo de alcohol y otras drogas. Los hallazgos contribuyen al desarrollo y avance de la ciencia de enfermería al poner a prueba una intervención de atención plena y consejería breve bajo un modelo teórico sólido para abordar el problema del consumo

de tabaco. El personal de enfermería en su práctica diaria aborda las problemáticas no solo de aspectos físicos si no de percepciones, emociones y sentimientos de las personas con las que interactúa. Por lo tanto es importante continuar realizando estudios de investigación que involucren variables fisiológicas, clínicas así como psicológicas para ofrecer conocimiento que se pueda trasladar a la práctica. Además se recomienda que este tipo de terapéuticas sean incluidas en los planes de estudio de la enfermería, ya que son herramientas que tiene un fuerte potencial de brindar bienestar a la población mejorando la calidad de vida en general.

Referencias

- Abrams, D., Follick, M., Biener, L., Carey, K. & Hitti, J. (1987). Saliva cotinine as a measure of smoking status in field settings. *American Journal of Public Health*, 77(8), 6-8.
- Alba, L. H, Murillo, R. & Castillo, J. S. (2013). Intervenciones de consejería para la cesación de la adicción al tabaco: revisión sistemática de la literatura. *Salud Pública de México*, 55(2), 196-206.
- Allen, M., et al. (2012). Cognitive-affective neural plasticity following active controlled mindfulness intervention. *Journal of Neurosciences*, 32(1), 15601–15610.
- Alonso, C. G. (2004). Teorías y modelos en la salud pública del siglo XX. *Colombia Médica*, 35(3), 184-188.
- American Psychiatric Association. (1996). *Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence*. Washington DC, United States: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association*. Washington, DC, United States: Author.
- Annis, H. M. & Martin, G. (1985). *Drug-Taking Confidence Questionnaire*. Toronto, Canada: Addiction Research Foundation.
- Antony, M., Bieling P., Cox B., Enns M., & Swinson R. (1998). Psychometric properties of the 42 – item and 21 – item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10, 176 – 181.

- Arch, J., (2013). Clinical trial of adapted mindfulness-based stress reduction versus group cognitive behavioral therapy for heterogeneous anxiety disorders. *Behavior Research Therapy*, 5(1), 185-96.
- Ayala, H. V. & Echeverria, I. (1997). Autocontrol Dirigido: Intervenciones Breves para bebedores excesivos de alcohol en México. *Revista Mexicana de Psicología* 14(1), 113-127.
- Baer, J.S., Kamarck, T., Lichtenstein, E. & Ransom Cc Jr. (1989). Prediction of smoking relapse: analyses of temptations and transgressions after initial cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(5), 623-627.
- Baer, R., A. (2003). *Mindfulness* training as clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bean, K. B. & Wagner, K. (2002). Self-Transcendence, Illness Distress, and Quality of Life Among Liver Transplant Recipients. *Journal of Theory Construction & Testing*, 10(2), 47-53.
- Becoña, E. & Míguez, M. (2004) Consumo de tabaco y Psicopatología Asociada. *Psicooncología*. 1(1), 99-112.
- Bermejo J., C. (2013). *El arte de sanar a las personas*. España: Sal Terrae.
- Bishop, S. R. et al. (2004). Mindfulness. A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.

- Bnnasar Veny, M. et al (2011). Self-perceived factors associated with smoking cessation among primary health care nurses: a qualitative study. *Revista Latino-Americana De Enfermagem (RLAE)*, 19(6), 1437-1444.
- Bodenlos, J.S., Noonan, M., & Wells, S.Y. (2013). Mindfulness and Alcohol Problems in College Students: The Mediating Effects of Stress. *Journal of American College Health*, 61(6), 371-378, DOI: 10.1080/07448481.2013.805714
- Bränström, R., Kvillemo, P., Brandberg, Y., & Moskowitz, J. T. (2010). Self-report Mindfulness as a Mediator of Psychological Well-being in a Stress Reduction Intervention for Cancer Patients—A Randomized Study. *Annals Of Behavioral Medicine*, 39(2), 151-161. Doi: 10.1007/s12160-010-9168-6
- Brewer, J., et al. (2011). Mindfulness training and stress reactivity in substance abuse: results from a randomized, controlled stage I pilot study. *Substance Abuse*, 30(1), 306–317.
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical Foundations and Evidence for its Salutary Effects. *Journal Psychological Inquiry*, 18(4), 211-237.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personalality and Social Psychology*, 84(4), 822-848.
- Buchanan, D., Farran, C., & Clark, D. (1995). Suicidal thought and selftranscendence in older adults. *Journal of Psychosocial Nursing*, 33(10), 31–34.
- Burns, N., & Grove, S. (2009). *The practice of nursing research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence (6th ed.)*. St. Louis: Elsevier Saunders.

- Cahn, B. R. & Polich, J. (2006). Meditation states and traits: EEG, ERP, and neuroimaging studies. *Psychology Bull*, 132(1), 180–211.
- Calvete, E. (2005). Género y vulnerabilidad cognitiva a la depresión: el papel de los pensamientos automáticos. (Spanish). *Ansiedad y Estrés*, 11(2), 203-214.
- Cañas, A., et al. (2014). Eficacia y seguridad del uso de medicamentos para la cesación de la adicción al tabaco: revisión de guías de práctica clínica. (Spanish). *Revista De Salud Pública*, 16(5), 772-785.
- Carmody, T., Vieten, C., & Astin, J., (2007). Negative affect, emotional acceptance, and smoking cessation. *Journal of Psychoactive Drugs*, 39(1), 499–508.
- Carpentier, D., Romo, L., Bouthillon-Heitzmann, P., & Limosin, F. (2015). Mindfulness-based-relapse prevention (MBRP): Evaluation of the impact of a group of Mindfulness Therapy in alcohol relapse prevention for alcohol use disorders]. *L'encephale*, 41(6), 521-526. doi:10.1016/j.encep.2015.05.003.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2011). *Efectos sobre la salud de los Fumadores de Cigarrillos versión traducida al español*. Estados Unidos de América. Disponible en www.cdc.gov/data_statistics
- Chen, S., & Walsh, S. (2009). Effect of a Creative-Bonding Intervention on Taiwanese Nursing Students' Self-Transcendence and Attitudes Toward Elders. *Research in Nursing & Health*, 32(2), 204-216.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2011). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *J Altem Complement Med*. 15, 593-600.

- Chiesa, A., & Serretti, A. (2014). Are Mindfulness- Based Interventions Effective for Substance Use Disorders? A Systematic Review of the Evidence. *Substance Use & Misuse*, 49(5), 492-512. DOI 10.3109/10826084.2013.770027.
- Cieslak, A, et al. (2016). Developing a Hypnotic Relaxation Intervention to Improve Body Image: A Feasibility Study. *Oncology Nursing Forum*, 43(6), E233-E241.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones; Martínez, M.K.I., Salazar, G.M.L., Ruiz, T.G.M., Barrientos, C.V. & Ayala, V.H. (2007). *Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas. Manual del Terapeuta*. México: Consejo Nacional Contra las Adicciones, CONADIC. [Versión electrónica]. Recuperado de:
http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/ intervencion_breve.pdf.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones. (2006). *Segundo Encuentro Nacional de Clínicas para Dejar de Fumar*. Misión san Gil, Querétaro Qro: Anudando.
- Corless, I., B., Germinio, B., B., & Pittman, M. (1994) *Dying, Death, and bereavement: Theoretical perspectives and other ways of knowing*. Boston, MA: Jones and barlett.
- Coward, D. D. (1996). Self-transcendence and correlates in a healthy population. *Nursing Research*, 45(2), 116–121.
- Coward, D. D. (2003). Facilitation of Self-Transcendence in a Breast Cancer Support Group: II. *Oncology Nursing Forum*, 30(2), 291-300.
- Cuijpers, P., Riper, H., & Lemmers, L. (2004). The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis. *Addiction*, 99(7), 839-845.

- Davis, et al. (2015) Mindfulness training for smokers via web-based video instruction with phone support: a prospective observational study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 15(95), 2-9.
- De Dios, M. A, et al. (2012). Motivational and mindfulness intervention Instituto Nacional de Salud Pública for young adult female marijuana users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42(1), 56-64. doi:10.1016/j.jsat.2011.08.001.
- De Souza, I. et al. (2015). Mindfulness-Based Interventions for the Treatment of Smoking: A Systematic Literature Review. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21(3), 129-140. doi:10.1089/acm.2013.0471.
- Deutch Institute for Health Care CBO (2006) *Guideline treatment of tobacco dependence*. Den Haag (The Netherlands); Ministry of Health. New Zealand smoking cessation guidelines. Wellington: Ministry of Health
- Diener, J. E. S. (2003). Personal narrative as an intervention to enhance self - transcendence in women with chronic illness. Tesis inédita de Maestría. ProQuest Dissertations & Theses Global. (305267147). Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/305267147?accountid=38018>
- DiClemente, C. C., Nidecker, M. y Bellack, A. S. (2008). Motivation and the stages of change among individuals with severe mental illness and substance abuse disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, Vol 34:25-35
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velásquez, M. M. y Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of changes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 295-304.

- Dijkstra, A., Sweeney, L., & Gebhardt, W. (2001). Social cognitive determinants of drinking in young adults: beyond the alcohol expectancies paradigm. *Addictive Behavior*, 26(5), 689-706.
- DiNapoli, J. M. S., Garcia-Dia, M., Garcia-Ona, L., O'Flaherty, D., & Siller, J. (2014). A theory-based computer mediated communication intervention to promote mental health and reduce high-risk behaviors in the LGBT population. *Applied Nursing Research* 27(1), 91-93.
- Ditchburn, K. M., & Sellman, J. D. (2013). Tobacco Smoking in Adolescent Psychiatric Outpatients. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 22(3), 254-267.
- Domínguez, R. M. Y., & Pérez, Y. V. (2014). Ansiedad, depresión y vulnerabilidad al estrés ante el diagnóstico reciente de diabetes mellitus tipo 2. (Spanish). *Gaceta Médica Espirituana*, 16(3), 24-31.
- Drobes, D. J., Meier, E. A. & Tiffany, S.T. (1994). Assessment of the effects of urges and negative affect on smokers' coping skills. *Behavior Research Therapy*. 32(1), 165-174.
- Duarte, C., Varela, M., Salazar, I., Lerma, L., & Tamayo, J. (2012). Motivaciones y Recursos para el Consumo de Sustancias Psicoactivas en Universitarios. *Hacia la Promoción de la Salud*, 17(1), 92-104.
- Ellerman, C. R., & Reed, P. G. (2001). Self-transcendence and depression in middleage adults. *Western Journal of Nursing Research*, 23(7), 698-713.
- Elliot, L., et al. (2003) A review of the contributions of nurses, minwiefs and healt visitors to imporving public health. *Section 8: Smoking*, 133-148.

Elwafi, H. M., Witkiewitz, K., Mallik, S., Thornhill, T., & Brewer, J. A. (2013).

Mindfulness training for smoking cessation: Moderation of the relationship between craving and cigarette use. *Drug & Alcohol Dependence*, 130(1-3), 222-229. doi:10.1016/j.drugalcdep.2012.11.015.

Engels, R., C., Hale, W.W., Noom, M., & De Vries, H. (2005) Self-efficacy and emotional adjustment as precursors of smoking in early adolescence. *Substance Use and Misuse*, 40(1), 1883–1893. Doi: 10.1080/10826080500259612.

Etter, J., Vu, D. & Perneger, T. (2000) Saliva cotinine levels in smokers and nonsmokers. *American Journal of Epidemiology*, 151(25), 1-8.

Farb, N., et al. (2007). Attending to the present: mindfulness meditation reveals distinct neural modes of self-reference. *Social Cognitive Affect of Neurosciences*, 2(4), 313–32.

Fawcett, J. (2005). Middle range nursing theories are necessary for the advancement of the discipline. *Aquichán*, 5(1), 32-43.

Fernández Arias, Ignacio Gabino, García-Vera, María Paz, & Sanz, Jesús. (2014).

Cuanta más psicología, mejor: eficacia para dejar de fumar de la terapia cognitiva conductual intensiva y de los parches de nicotina combinados con terapia cognitiva conductual intensiva y menos intensiva. Primer premio de la XX edición del Premio de Psicología Aplicada "Rafael Burgaleta" 2013. Clínica y Salud, 25(1), 1-10. <https://dx.doi.org/10.5093/cl2014a7>

Fiore, C., Jaén, R., Baker, B. & Bailey, C. (2008). (Actualization) *Treating tobacco use and dependence: update. Clinical practice guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service.

- Fjorback, L., et al. (2011). Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy: a systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatrica Scand*, 124(1), 02-19.
- Frankl, V., E. (1963). *Man's search for meaning*. New York, NL: Pocket Books.
- García, L. et al (2015). Impacto del consejo breve para dejar de fumar. (Spanish). *Salud Pública De México*, 57(5), 366-367.
- García, P., et al. (2003). Factores de riesgo en la experimentación y el consumo de tabaco en estudiantes de 12 a 14 años. *Atencion Primaria*, 37(39), 2–9.
- Garland, E. L. (2014). Disrupting the downward spiral of chronic pain and opioid addiction with mindfulness-oriented recovery enhancement: A review of clinical outcomes and neurocognitive targets. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 28(2), 122–129.
<http://dx.doi.org/10.3109/15360288.2014.911791>.
- Garland, E. L., et al (2014). Mindfulness-oriented recovery enhancement for chronic pain and prescription opioid misuse: Results from an early-stage randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(3), 448–459.
<http://dx.doi.org/10.1037/a0035798>.
- Garland, E. L., Froeliger, B., & Howard, M. O. (2014). Effects of mindfulness-oriented recovery enhancement on reward responsiveness and opioid cue-reactivity. *Psychopharmacology*, 231(16), 3229–3238.
- Germer, C. K., Siegel, R. D. & Fulton, P. R. (2005). *Mindfulness and psychotherapy*. New York: Guilford Press.

- González, et al. (2012). Depresión y consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de bachillerato y licenciatura. *Salud mental*, 35(1), 51-55.
- González, H., L & Berger V., K. (2002). Consumo de tabaco en adolescentes: factores de riesgo y factores protectores. Fuente electrónica (en línea). *Ciencia y enfermería*, 82(2), 27-35.
- Goudie, B.J. (2003). Study to Test Nursing Smoking Cessation Interventions on the Stage of Behavior Change of Smokers (Mater's Thesis). Grand Valley State University, Kirkhof School of Nursing.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S, & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 57(1), 35-43.
- Gurrola, M.G., Balcázar, P., Bonilla, M.P. & Virseda, J.A. (2014). Estructura factorial y consistencia interna de la escala de Depresión Ansiedad y Estrés (DASS-21). *Psicología y ciencia social*, 8(2), 3-7.
- Guy W. (1976) *Clinical Global Impressions*. En: ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, revised. Rochville: National Institute of Mental Health.
- Halpern, M. T. & Carner, K. E. (1993). Motivations for smoking cessation: a comparison of successful quitters and failures. *Journal of Substance Abuse*, 5(3), 247-256.
- Harley, R., Sprich, S., Safren, S., Jacobo, M., & Fava, M. (2008). Adaptation of dialectical behavior therapy skills training group for treatment-resistant depression. *Journal Nervios Mental Diseases*, 196(1), 36-43.

- Haugan, G., & Innstrand, S. T. (2012). The Effect of Self-Transcendence on Depression in Cognitively Intact Nursing Home Patients. *ISRN Psychiatry*, 3, 1-10.
doi:10.5402/2012/301325.
- Haugan, G., et al. (2013). Self transcendence in cognitively intact nursing-home patients: a resource for well-being. *Journal of advanced nursing*, 69(5). 1147–60.
doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06106.x
- Hudson, J.I., et al. (2009). What makes patients with fibromyalgia feel better? Correlations between Patient Global Impression of Improvement and changes in clinical symptoms and function: A pooled analysis of 4 randomized placebo-controlled trials of duloxetine. *Journal of Rheumatology*, 36, 2517–2522.
doi:10.3899/jrheum.090139
- Hylander, F., Johansson, M., Daukantaitė, D., & Ruggeri, K.(2017). Yin yoga and mindfulness: a five week randomized controlled study evaluating the effects of the YOMI program on stress and worry. *Anxiety, Stress & Coping*, 30(4), 365-378, DOI: 10.1080/10615806.2017.1301189.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2017). *Población*. México: INEGI. Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/estructural/>
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Tabaco*. Reynales-Shingematsu LM, Zavala-Arciniega L, Paz-Ballesteros WC, Gutiérrez-Torres DS, García-Buendía JC, Rodríguez-Andrade

- MA, Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M. y Mendoza-Alvarado, L. Ciudad de México, México: INPRFM.
- Kabat-Zinn J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry*, 4(1), 33-47.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. Nueva York: Delacorte.
- Kabat-Zinn J. (2007). *Vivir con plenitud las crisis: Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Massachusetts: Kairos.
- Kabat-Zinn, J. (2007a). *La práctica de la atención plena*. Kairós, Barcelona
- Kabat-Zinn, J., & Hanh, T. N. (2009). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York, NY: Dell Publishing.
- Kamarck, T.W. & Lichtenstein, E. (1988). Program adherence and coping strategies as predictors of success in an smoking treatment program. *Health Psychology*, 7(6), 557-74.
- Kang, Y., Choi, S., & Ryu, E. (2009). The effectiveness of a stress coping program based on mindfulness meditation on the stress, anxiety, and depression experienced by nursing students in Korea. *Nurse Education Today*, 29(5), 38-43.
- Kassel, J.D., Stroud, L.R., & Paronis, C.A. (2003). Smoking, stress and negative affect: correlations, causation and context across stages of smoking. *Journal Psychology Bull*, 129(2), 270-304.

- Kenny, M. & Williams, J. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to mindfulness-based cognitive therapy. *Behavior Research Therapy*, 45(6), 17-25.
- Kim, S., Hayward, R. D., & Reed, P. G. (2014). Self-transcendence, spiritual perspective, and sense of purpose in family caregiving relationships: a mediated model of depression symptoms in Korean older adults. *Aging & Mental Health*, 18(7), 905-913. doi:10.1080/13607863.2014.899968.
- Kinard, B., R., & Webster, C. (2010). The Effects of Advertising, Social Influences, and Self-Efficacy on Adolescent Tobacco Use and Alcohol Consumption. *The Journal of Consumer Affairs*, 44(1), 24-43.
- Kingston, J., Chadwick P., Meron D., & Skinner T., C. (2007). A pilot randomized control trial investigating the effect of mindfulness practice on pain tolerance, psychological well-being, and physiological activity. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(3), 297-300.
- Klass, D. (1998). Testing two elements of spirituality in depressed and non-depressed elders. *International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 4(2), 452–462.
- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2010) Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 217–238.
- Kovacs, F., et al (2008). La influencia de los padres sobre el consumo de alcohol y tabaco y otros hábitos de los adolescentes de Palma de Mallorca en 2003. *Revista Española de Salud Pública*, 82(6), 677-689.
- Laschinger, H., S., McGillis-Hall, L., & Almost, J. (2004). A psychometric analysis of the patient satisfaction with nursing care quality questionnaire. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(5), 220–30.

- Law, M., & Tang, J. (1995). An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Archive of Intern Medicine* 155(18), 1933–1941.
- Lazar, S., et al. (2005) Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*, 16(17), 1893–1897.
- Leal, B., Ocampo, O., & Cicero, S. (2010). Niveles de asertividad, perfil sociodemográfico, dependencia a la nicotina y motivos para fumar en una población de fumadores que acude a un tratamiento para dejar de fumar. *Salud mental*, 33(6), 489-497.
- Lengacher, C., et al. (2009). Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer. *Psychooncology*, 18(12), 61-72.
- Li, W., Howard, M. O., Garland, E. L., McGovern, P., & Lazar, M. (2017). Mindfulness treatment for substance misuse: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 75, 62-96. doi:10.1016/j.jsat.2017.01.008.
- Liu, H. et al. (2015). Comparing and validating simple measures of patient-reported peripheral neuropathy for oncology clinical trials. *SOJ Anesthesiology Pain Managment*, 2(2).
- Liska, H, et al. (2008). Alcohol screening and brief counseling in a primary care hypertensive population: a qualitative improvement intervention. *Addiction*, 103(8), 1271-1280. Doi 10.1111/J. 1360-0443.2008.02199.x.
- Lovibond, P. F. & Lovibond, S. H. (1995). The structure negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scale (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. *Behavior Research and therapy*, 33(3), 35-343.

- Luchtman, M. H. (2000). *"Mental Health in Oldest-Old Adults: An Investigation of Self-Transcendence"*. Tesis Inedita de Maestría. Grand Valley State University.
- Lyvers, M., Carlopio, C., Vicole B. H., & Edwards, M. S. (2014). Mood, mood regulation, and frontal systems functioning in current smokers, long-term abstinent ex-smokers, and never-smokers. *Journal of Psychoactive Drugs*, 46(2), 133-139. doi:10.1080/02791072.2013.876522.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1980). *Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles*. New York: Brunner/Mazel, 1, 410–452.
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2005). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York, NY: Guilford Press.
- Marshall, V. M. (1980). *Last chapter: A sociology of aging and dying*. Monterrey, CA:Books-cole.
- Martinez, J., et al. (2009). Assessment of exposure to secondhand smoke by questionnaire and salivary cotinine in the general population of Barcelona, Spain. *Preventive Medicine*, 48(21), 8-23.
- Matthews, E. E., & Cook, P. F. (2009). Relationships among optimism, well-being, self-transcendence, coping, and social support in women during treatment for breast cancer. *Psychooncology*, 18(7), 716-26. doi: 10.1002/pon.1461.
- Meda, R. M., Herrero, M., Blanco, L. M., Moreno, B., & Palomera, A. (2015). Propiedades Psicométricas Del "Cuestionario De Cinco Facetas De La Conciencia Plena" (Five Facet Mindfulness Questionnaire, Ffmq-M) En México. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 23(3), 467-487.

- Medina, M. M. (2005). Las contribuciones del doctor Ramón de la Fuente en el campo de las adicciones. *Salud Mental*, 28(6), 1-8.
- Meneses, I., Zuardi, A., Loureiro, S., & Crippa, J. (2009). Psychometric properties of the Fagerström test for nicotine dependence. *Journal Brasileiro de Pneumologia*, 35(1), 73-82.
- Mermelstein, L. C., & Garske, J. P. (2015). A brief mindfulness intervention for college student binge drinkers: A pilot study. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 29(2), 259-269. Doi: 10.1037/adb0000040.
- Miller, W. R. (2006). Motivational factors in addictive behaviors. In W. R. Miller, & K. M. Carroll (Eds.), *Rethinking substance abuse: What the science shows and what we should do about it* (pp. 134– 152). New York: Guilford Press.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Plan Nacional sobre Drogas*. Disponible en <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/guiaDrogas.pdf>.
- Miró, M., T. (2007). La atención plena (*mindfulness*) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. *Revista de Psicoterapia*, 17(3), 1-15.
- Morales, D. Z., Díaz, B. C., Garrido, M., De Arenillas, M. R. & Pascual, L. M. (2011). Autoeficacia y consumo de tabaco en estudiantes universitarios. *Apuntes de Psicología*, 29(1), 459-470.
- Moreno C. A. & Medina, M. M. (2008). Tabaquismo y depresión. *Salud mental*, 31(5), 409-415.

- Morissette, S. B., Brown, T. A., Kamholz, B. W., & Gulliver, S. B. (2006). Differences between smokers and nonsmokers with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(5), 597-613.
- Morledge, T., et al. (2013). Feasibility of an Online Mindfulness Program for Stress Management-A Randomized Controlled Trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 46(2), 137-148. Doi: 10.1007/s12160-013-9490-x.
- National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. (2006). *Brief interventions and referral for smoking cessation in primary care and other settings*. New York: NICE.
- National Institute on Alcohol Abuse. (2015). *Informe sobre Tabaco Alert: Cigarettes and Other Tobacco Products*. New York: NIAA. Disponible en: <http://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/cigaretts-other-tobacco-products>
- National Institute on Drug Abuse. (2003). *Preventing drug use among children and adolescents, a research-based guide for parents, educators, and community leaders*. (2thed). National Institute on Drug Abuse.
- Neill, J. (2002). Transcendence and transformation in the life patterns of women living with rheumatoid arthritis. *Advances in Nursing Science*, 24(4), 27–47.
- Nygren, B., et al. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging & Mental Health*, 9(4), 354-362. doi:10.1080/1360500114415.
- Nyklíček, I., Dijksman, S. C., Lenders, P. J., Fonteijn, W. A., & Koolen, J. J. (2014). A brief mindfulness based intervention for increase in emotional well-being and

- quality of life in percutaneous coronary intervention (PCI) patients: the MindfulHeart randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine*, 37(1), 135-144. Doi: 10.1007/s10865-012-9475-4.
- Nyklicek, I., & Kuijpers, K. (2008). Effects of mindfulness-based stress reduction intervention on psychological well-being and quality of life: is increased mindfulness indeed the mechanism? *Ann Behavior Medicine*, 35(3), 331-340.
- O'Connell, K. A., et al. (1998). Coping in real time: using Ecological Momentary Assessment techniques to assess coping with the urge to smoke. *Research in Nursing and Health*, 21(6), 487-497.
- Organización Panamericana de la Salud; Instituto Nacional de Salud Pública (MX). *Encuesta Global de Tabaquismo en Adultos. México 2009*. Cuernavaca (México): Instituto Nacional de Salud Pública, 2010. Coeditado con la Organización Panamericana de la Salud, 2010.
- Palacios, R. (2010). Autoeficacia e intención conductual del consumo de tabaco en adolescentes: validez factorial y relación estructural. *Adicciones*, 22 (4), 325-330.
- Pbert, L., et al. (2006). A school nurse-delivered adolescent smoking cessation intervention: a randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 43(4), 312-320.
- Pérez, A., et al. (2012). Motivaciones para el consumo de tabaco entre los adolescentes de un instituto urbano. *Gaceta Sanitaria*, 26(1), 51-57.
- Praissman, S. (2008). Mindfulness-based stress reduction: a literature review and clinician's guide. *Journal Academic Nurse Practice*, 20(21), 2-6.
- Prochaska, J. O, & DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Homewood, Illinois: Dorsey Press.

- Quesada, M., Carreras, J. M., & Sánchez, L. (2002) Recaída en el abandono del consumo de tabaco: una revisión. *Adicciones*, 14(1), 65-78.
- Reed, P. G. (2003). *The theory of self-transcendence*. In M. J. Smith & P. Liehr (Eds.), *Middle range theories in nursing* New York, NY: Springer, 1,145–165.
- Reed, P.G. (1991). Toward a nursing theory of self-transcendence: Deductive reformulation using developmental theories. *Advances in Nursing Science*, 13(4), 64-77.
- Rice, V. H., & Stead, L. F. (2005). Nursing Intervention for Smoking Cessation (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8.
- Rodgers, A. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of advance Nursing*, 26(1), 65-73.
- Ruiz, F., Isorna, M., Vaquero, R. & Ruiz, J. (2016). Consumo de alcohol en adultos de Monterrey: relación con actividad físico-deportiva y familia. *Nutrición Hospitalaria*, 33(2), 351-358.
- Runquist, J., & Reed, P. (2007). Self-transcendence and well-being in homeless adults. *Journal of Holistic Nursing*, 20(2), 118–122.
- Santana J., F., Bauer de Camargo, A., Minamisava, R.,Queiroz, A. & Gomes, M. (2014). Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(3), 454-60. DOI: 10.1590/0104-1169.3241.2437.
- Sanz, P., et al. (2006). Efectividad de un programa de consejo antitabaco intensivo realizado por profesionales de enfermería. *Atención Primaria*, 37(5): 266-272.

- Schmidt, C., & Vinet, E. (2015). Atención Plena: Validación del Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) en estudiantes universitarios chilenos. *Terapia psicológica*, 33(2), 93-102. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200004>.
- Schmidt, S., et al. (2011). Treating fibromialgia with mindfulness-based stress reduction: results from a 3-armed randomized controlled trial. *Pain*, 152(36), 1-9.
- Secretaria de Salud. (1987). *Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud*. México. Recuperado de:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Secretaria de Salud. (2009). *Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, NOM-028-SSA2-2009*, México. Recuperado de:
http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/norma_oficial_nom.pdf
- Segal, Z., Williams, M. & Teasdale, J. (2007). *Terapia cognitiva basada en el mindfulness para la depresión*. España: Kairos.
- Shapiro, S., Brown, K., & Biegel G. (2007). Teaching self-care to caregivers: effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Train Educacional Profesion of Psychology*, 1(10), 515.
- Shapiro, S., Brown, K., Thoresen, C., & Plante, T. (2011). The moderation of Mindfulness-based stress reduction effects by trait mindfulness: results from a randomized controlled trial. *Journal of Clinic Psychology*, 67(2), 67-77.
- Shapiro, S., Oman, D., Thoresen, C., Plante, T., & Flinders, T. (2008) Cultivating mindfulness: effects on well-being. *Journal of Clinic Psychology*, 64(8), 40-62.

- Shiffman, S. (1993) Smoking cessation treatment: any progress? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(5), 718-22.
- Shore, R., Strauss, C., Cavanagh, K., Hayward, M., & Ellett, L. (2018). A Randomised Controlled Trial of a Brief Online Mindfulness-Based Intervention on Paranoia in a Non-Clinical Sample. *Mindfulness*, 9(1), 294-302. doi:10.1007/s12671-017-0774-2.
- Sobell, L. C., & Sobell, M. B. (1996). *Timeline Followback user's guide*. Toronto, Ontario: Addictions Research Foundation.
- Soto, F., et al. (2012). La iniciación al tabaquismo: aportaciones de la epidemiología, el laboratorio y las ciencias del comportamiento. *Anales de Pediatría*. 57(3), 27–33.
- Steinberg L, et al (2007). Age differences in resistance to peer influence. *Developmental Psychology*, 43(6), 1531–1543.
- Stinson, C. K., & Kirk, E. (2006). Structured reminiscence: an intervention to decrease depression and increase self-transcendence in older women. *Journal of Clinical Nursing*, 15(2), 208-218. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01292.x.
- Tang, Y., Tang, R., & Posner, M. I. (2013). Brief meditation training induces smoking reduction. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 110(34), 13971-13975. doi:10.1073/pnas.1311887110.
- Tapia, R. (2001). *Las Adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. (2ª ed.). México: Manual Moderno.
- Teasdale, J., et al. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *Journal Consult. Clinic Psychology*, 70(2), 275–287.

Teixeira, M., E. (2008). Self-Transcendence: A Concept Analysis for Nursing Praxis.

Holistic Nursing Practice, 22(1), 25-31. doi:

10.1097/01.HNP.0000306325.49332.ed.

Téllez A., García C.H., & Corral-Verdugo V. (2015). Effect size, confidence intervals and statistical power in psychological research. *Psychology in Russia: State of the Art*, 8(3), 27-47.

Test de Fagerström. Validación. [en línea] 1998. [fecha de acceso 20 de junio de 2016].

Disponible en: [http://www.ducosky.info/.../161%20-](http://www.ducosky.info/.../161%20-%20FTND%20(6%20items)%20-Instrucciones.doC)

[%20FTND%20\(6%20items\)%20-Instrucciones.doC](http://www.ducosky.info/.../161%20-%20FTND%20(6%20items)%20-Instrucciones.doC)

Thomas, J. (2015). *Relationships among self-transcendence, illness distress, and health-promoting behaviors in african american women diagnosed with breast cancer.*

Tesis inedita de Maestría. Available from ProQuest Dissertations & Theses Global.

Vallejo, M., A. (2008). Mindfulness o atención plena: de la meditación y la relajación en la terapia. En F.J. Labrador (Dir.). *Técnicas de modificación de conducta*, Madrid: Bd. Pirámide, 225-241.

Varela, M. J, Rial, B. A, & García, C. E. (2003) Presentación de una Escala de Satisfacción con los Servicios Sanitarios de Atención Primaria. *Psicothema*, 15(4), 656-661.

Villar, E., et al. (2014). Dimensiones psicopatológicas asociadas al consumo de tabaco en población universitaria. *Anales de Psicología*, 20(1), 33-46.

- Vollestad, J., Sivertsen, B. & Nielsen, G. (2011). Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: evaluation in a randomized controlled trial. *Behavior Research Therapy*, 49(28), 1-8.
- Warner, K., Hodgson, T., & Carroll, C. (1999). Medical costs of smoking in the United States: estimates, their validity, and their implications. *Tobacco Control*, 8(3), 290–300.
- Witkiewitz, K., et al. (2014). Mindfulness-based treatment to prevent addictive behavior relapse: Theoretical models and hypothesized mechanisms of change. *Substance Use & Misuse*, 49(5), 513–524. <http://dx.doi.org/10.3109/10826084.2014.891845>.
- Wong, L. (2008). College Stress And Psychological Well-Being: Self-Transcendence Meaning Of Life As A Moderator. *College Student Journal*, 42(2), 531-541.
- World Health Organization global report (2018). *Mortality attributable to tobacco*. Geneva: World Health Organization; 2018 (http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/rep_mortality_attributable)
- World Health Organization. (2000). *The world health report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2010). *Global Status report on non communicable diseases*. Geneva: World Health Organization. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en-pdf
- World Health Organization. (2011). *Informe de la OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2011-Advertencia sobre los peligros del Tabaco*. World Health Organization. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/global_report/2011/es

Yasuko Icumi, et al. (2008). The use of the “vulnerability” concept in the nursing area.

Revista Latino-americana de Enfermagem, 16(5), 3-8.

Apéndices

Apéndice A

Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA; McConaughy, Prochaska y Velicer, 1983; Prochaska et al., 1992).

Instrucciones. Cada una de las siguientes frases describe cómo podría sentirse una persona cuando empieza un tratamiento o aborda algún problema en su vida. Por favor, indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de estas frases. En cada caso, responde en función de cómo te sientes ahora mismo, y no en función de cómo te sentiste en el pasado o de cómo te gustaría sentirte.

Valores:

1. Totalmente en desacuerdo 4. Bastante de acuerdo

Creo que puedo estar preparado para mejorar de alguna manera.				
1	2	3	4	5
Puede que valga la pena el que trabaje para solucionar mi problema.				
1	2	3	4	5
He estado pensando que tal vez quiera cambiar algo de mí mismo.				
1	2	3	4	5
Espero que en este lugar me ayuden a comprenderme mejor a mí mismo				
1	2	3	4	5
Tengo un problema y pienso realmente que debo afrontarlo.				
1	2	3	4	5
Me gustaría tener más ideas sobre cómo resolver mi problema.				
1	2	3	4	5
Quizás en este lugar me puedan ayudar.				
1	2	3	4	5
Espero que aquí alguien me pueda dar algún buen consejo.				
1	2	3	4	5

Apéndice B

Cédula Filtro

1. ¿En el último año usted ha sido diagnosticado con algún trastorno mental?

Sí_____ No_____

2. ¿Actualmente se encuentra tomando algún tratamiento de cualquier índole para dejar de fumar?

Sí_____ No_____

3. Usted consume frecuentemente alguna de las siguientes sustancias

Sí No

Mariguana

Cocaína

Anfetaminas/Tachas

Éxtasis

Inhalables (pegamento, Resistol, gasolina, tiner)

Hongos /Peyote/Alucinógenos

Toma medicamentos como sedantes e hipnóticos sin prescripción médica

Apéndice C

Cédula de Datos Sociodemográficos y de Consumo de Tabaco

Dirección _____

Teléfono casa _____ Hora en la que puede ser
localizado _____

Teléfono celular _____

¿Cuántos años tienes en este momento? _____ ¿Cuál es tu Sexo?: Hombre _____
Mujer _____

¿Cuántos años hasta el momento estudiaste? _____

Si eres estudiante ¿En qué semestre te encuentras actualmente? _____

Actualmente: Solo estudio _____ Estudio y trabajo _____ Solo trabajo _____

Si trabajas actualmente ¿Cuántas horas al día trabajas? _____

¿Cuál es tu ocupación? _____

¿Cuál es actualmente tu Estado civil? Con pareja _____ Sin pareja _____

Actualmente, ¿Profesas alguna religión? Sí _____ No _____

¿Cuál? _____

¿Con que frecuencia realizas prácticas religiosas a la semana? _____

Consumo de Tabaco

¿Cuántos cigarrillos fumas diariamente? _____

¿Cuánto dinero gastas en cigarrillos semanalmente? _____

¿Cuánto tiempo pasa entre despertar por la mañana y fumar tu primer cigarrillo? _____

¿En qué situaciones fumas más frecuentemente (eje en fiestas, cuando estás solo, deprimido, cuando celebras algo)?

1. _____
2. _____
3. _____

Tienes familiares/amigos/ que fumen: Si, solo Familiares _____

Si, solo Amigos _____ Si, solo mi pareja _____ Todos _____ No _____

Historial de Fumar e Intentos Fallidos para Dejar el Hábito

¿Cuántos años tenías cuando fumaste tu primer cigarrillo? _____

¿En qué lugar fumaste tu primer cigarrillo? _____

¿En compañía de quien lo hiciste? _____

¿Cuántos años llevas fumando diariamente? _____

¿Has intentado dejar de fumar alguna vez en tu vida? _____

Si la respuesta es SI, ¿Cuántas veces lo has intentado en tu vida? _____

¿Hace cuántos meses fue el último intento? _____

¿Cuántos días duraste sin fumar, durante el último intento? _____

¿Cuántas veces en el último año duraste más de 24 hrs sin fumar? _____

¿Cuántas veces en el último año consideraste que necesitabas ayuda para dejar de fumar? _____

¿Cuáles son los motivos que actualmente tienes para dejar de fumar? _____

Apéndice D

Prueba de Cotinina en Orina

USO INDICADO Y RESUMEN

La Prueba de Cotinina es una prueba simple de un paso para detectar fácilmente el uso del cigarro. La cotinina es un derivado importante de la nicotina.

SUMARIO Y EXPLICACIÓN DEL EXÁMEN

Esta prueba de nicotina se basa en la detección cualitativa de la cotinina en orina. Se basa en el principio de reacciones altamente específicas inunoquímicas de antígenos y anticuerpos. Es una prueba simple y conveniente para la detección de cotinina en orina humana en concentraciones de 200 ng/ml

REACTIVOS Y MATERIALES

- Dispositivo empacado en sobre de aluminio con desecante y una pipeta-gotero.
- Instructivo de Uso
- Contenedor para la recolección de muestra
- Cronómetro

ALMACENAMIENTO Y ESTABILIDAD DEL REACTIVO

Almacenar tal como está empaquetado a temperatura ambiente 15-30°C (59-86 °F). No utilizarlo si fue congelado o expuesto a temperaturas mayores a 30° (86°F). Cada Dispositivo podrá ser utilizado hasta la fecha de expiración impresa en la etiqueta si permanece sellado y su empaque contenga desecante.

OBTENCIÓN DE LA MUESTRA Y ALMACENAJE

1. Cada Muestra de Orina deberá obtenerse en un contenedor limpio, estéril y cerrado
2. La Muestra de Suero puede ser obtenida de manera no estéril y cualquier orina del día en una cantidad mínima de 10ml
3. Las muestras deberán mantenerse en temperaturas de ambiente 15-30°C (59-86 °F) por 8 horas, a 2-8°C por hasta 3 días y a -20°C para un almacenaje a largo plazo.

PRECAUCIÓN

1. Las instrucciones deberán seguirse para obtener resultados precisos.

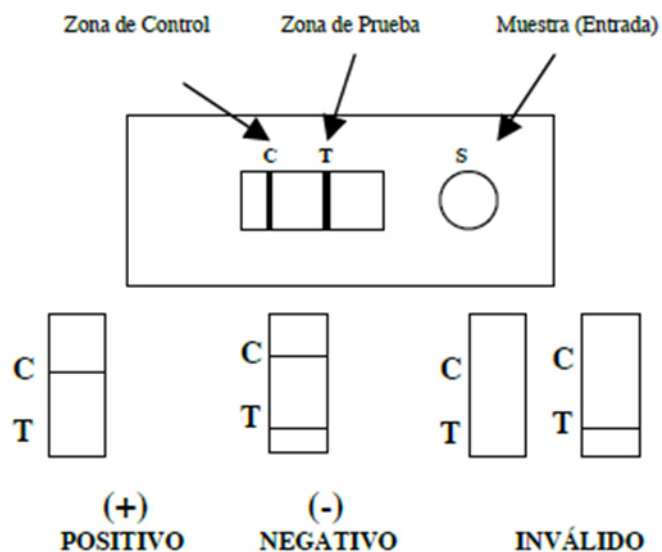
2. No abra el sobre sellado a menos de que se encuentre listo para conducir el examen.
3. No utilice dispositivos caducos.
5. Según la NOM-087-ECOL-SSA1-2002 el desecho de orina no es considerado como un Residuo Peligroso Biológico Infeccioso, por lo que el desecho de la muestra se debe manejar como comúnmente se realiza de manera cotidiana en el hogar

PROCEDIMIENTO DE EXÁMEN

1. Muestras Refrigeradas y otros materiales de examen, incluyendo ensayos deberán estabilizarse a temperatura ambiente antes de examinar.
2. Remueva el dispositivo del sobre y etiquételo con la identificación de la muestra (después de realizado el examen deberá ser eliminado)
3. Desarrollo del Examen
 - i) Coloque guantes antes de realizar el examen
 - ii) Abra el contenedor de la muestra y tome una muestra con la pipeta-gotero proporcionado
 - iii) Coloque de una a tres gotas en el círculo marcado con una “S”
 - iv) Después de colocada la muestra inicie el cronometro y espere 4 minutos para la interpretación de resultados
 - v) Posteriormente a la interpretación registre el resultado y deseche la muestra.

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

IMPORTANTE: No interprete los resultados después de 7 minutos. La línea T siempre deberá ser interpretada independientemente de la línea C.



Positivo:

Si una línea C y una línea T no aparecen, la prueba indica que la cotinina está presente en la muestra en un nivel cercano a 0 mayor 200 ng/ml.

Negativo:

Si la línea C aparece y una línea T aparece, la prueba indica que el nivel de Cotinina en la muestra no es detectable y el resultado es negativo.

Inválido:

Si no es visible una línea en la zona de control dentro de 5 minutos, habrá que repetir el examen con un dispositivo nuevo.

CONTROL DE CALIDAD

Control Integrado

Esta prueba contiene un control Integrado, la Línea C. La presencia de una línea C color vino indica que el examen fue desempeñado correctamente, incluyendo que la cantidad adecuada de muestra que fue absorbida y el flujo capilar ha ocurrido. La línea C debe aparecer, independientemente de la presencia de cotinina. Si la línea C no se desarrolla en 4 minutos, el resultado es inválido. En este caso revise el procedimiento y repita el examen.

Instrucciones para la toma de muestra

Recomendaciones generales

- Para la toma de la muestra, no es necesario recoger la orina en alguna hora específica.
- Si usted es mujer y se encuentra durante el periodo menstrual, no existe ningún problema relacionado para la toma de la muestra.
- La recolección de orina deberá ser en un recipiente limpio no necesariamente estéril, que le será proporcionado por los investigadores a cargo.
- Entregue la muestra en el horario indicado para que sea guardada y transportada para su procesamiento.

Materiales

Frasco/recipiente limpio con tapa de rosca y conservado en bolsa plástica.

Instrucciones

Mujeres

- Lávese las manos con agua y jabón.
- Desenrosque el recipiente. Déjelo al alcance de la mano.
- Siéntese en el inodoro con las piernas lo más abiertas posible.
- Con la mano izquierda separe los labios mayores, sin soltar hasta que se tome la muestra.
- Tome el recipiente con la mano derecha.
- Deje escapar la porción inicial de la micción, recoja la porción media y descarte la porción final de la micción al inodoro.
- Inicie la micción y cuente hasta 5. No recoja la muestra de los primeros 4 segundos. Cuando llegue a 5, sin parar el chorro, tome el recipiente y recoja la muestra llenándolo hasta la mitad.
- Tápele inmediatamente, la tapa de rosca debe estar perfectamente cerrada para evitar que se derrame la muestra.
- Despegue la etiqueta con el código, fecha y hora de la recolección que le ha sido proporcionada y pegue la etiqueta sobre el frasco seco.
- Lave las manos con agua y con jabón después de haber recolectado la muestra

Hombres

- Lávese las manos con agua y jabón.
- Desenrosque el recipiente. Déjelo al alcance de la mano.
- Tome el recipiente con la mano derecha.
- Deje escapar la porción inicial de la micción, recolecte la porción media y descarte la porción final de la micción al inodoro.
- Inicie la micción y cuente hasta 5. No recoja la muestra de los primeros 4 segundos. Cuando llegue a 5, sin parar el chorro, tome el recipiente y recoja la muestra llenándolo hasta la mitad. Tápelolo inmediatamente, la tapa de rosca debe estar perfectamente cerrada para evitar que se derrame la muestra.
- Despegue la etiqueta con el código, fecha y hora de la recolección que le ha sido proporcionada y pegue la etiqueta sobre el frasco seco.
- Lave las manos con agua y con jabón después de haber recolectado la muestra

Bibliografía

V.R Cabedo García, ¿Es importante la técnica de recogida de la orina para evitar la contaminación de las muestras?, Atención Primaria 2004; 33, Madrid, España.

E. Lifshitz M.D, Outpatient Urine Culture, Arch. intern. med. volumen 160, Septiembre 11, 2000.

Baerheim A, Evaluation of urine sampling technique: bacterial contamination, 1992; 42: 241-3.

Apéndice F

Evaluación de satisfacción de la intervención (Participante)

Introducción: en seguida le presentamos algunas preguntas relacionadas con su satisfacción percibida y su experiencia con la intervención, responda con una X en la respuesta según su criterio.

Le recordamos que las respuestas que usted nos proporcione nos ayudarán a mejorar los componentes y aspectos más importantes, que en un futuro podrán ayudar a más personas a dejar el tabaco.

Pienso que ...	Adecuado	Medianamente Adecuado	Inadecuado
1-El número de sesiones fue...			
2-La frecuencia de las sesiones fue...			
3-La duración de las sesiones fue...			
4-El contenido de las sesiones fue...			

5. Ahora, si usted cree que alguno de los aspectos anteriores fue inadecuado, nos gustaría que nos mencionara que podemos mejorar

1. Ahora podría mencionarnos ¿cuáles sesiones o aspectos de la intervención fueron más importantes o de mayor utilidad para usted?

7. Y por el contrario ¿Cuáles sesiones o aspectos de la intervención cree usted que no son necesarios?

8. Esta Intervención le fue de utilidad

9. ¿Por qué?

10. En una escala de 0 a 10 ¿cuál es su nivel de satisfacción, siendo 0 Nada Satisfecho y 10 Muy Satisfecho? _____

11. Por último ¿usted recomendaría a otras personas tomar esta intervención para dejar o disminuir su consumo de tabaco?

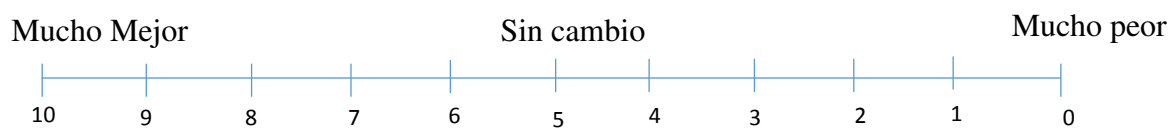
Apéndice G

Escala de Impresión Global de Cambio del Paciente

Desde que comenzó el tratamiento en este programa, ¿cómo describiría el cambio (si lo hubiera)? En: Síndrome de abstinencia, necesidad de fumar, síntomas (estrés y ansiedad) emociones y calidad de vida en general. Relacionado con tu necesidad de fumar (tacha un cuadro)

Ningún cambio (o he empeorado)	
Casi lo mismo, difícilmente noto algún cambio	
Un poco mejor, pero sin cambios notables	
Algo mejor, pero el cambio no ha hecho ninguna diferencia real	
Mejor y una mejora definitiva que ha hecho una diferencia real y significativa	
Mucho mejor, y una mejora considerable que ha hecho todas las diferencias	

De forma similar, marque con un círculo el número a continuación, que coincida con su grado de cambio desde que comenzó este programa.



Apéndice H

Tapete para la Práctica de Atención Plena

Características necesarias para brindar una sesión cómoda de Atención

Un buen tapete de para la práctica de Atención Plena ofrece una superficie estable y antideslizante que evite el resbalarse o caerse. El tapete también delinea las orillas del espacio personal, por lo que debe de brindar una superficie una superficie cómoda y segura.

Materiales

Según Kriste Wiedemann, analista científica y de políticas de Consumer Reports. Los tapetes deben evitar estos riesgos para la salud por lo que se debe optar por un tapete ecológico, hecho de fibras naturales, libre de toxinas y plásticos biodegradables.

Adhesión y textura

El tapete debe de ser suave y adherible.

Tamaño

El tamaño estándar más frecuentemente utilizado debe ser entre 68 y 72 pulgadas (1.72 m y 1.82 m) de largo y entre 24 pulgadas (60.96 cm) de ancho.

Espesor

El espesor del tapete puede variar de 1/16 de pulgada a 1/4 de pulgada (0.15 a 0.63 cm). Preferentemente deberá ser más espeso y más pesa ya que estas características ofrecen un soporte de colchón más adecuado y más cómodo.

A continuación de muestra una imagen como ejemplo:



Apéndice I

Consentimiento Informado

Título del proyecto: Intervención Holística de Enfermería para la reducción del consumo de tabaco

Investigador Responsable: MCE. Diana Aracely Almaraz Castruita

Asesor: Dra. María Magdalena Alonso Castillo

Prologo: Estamos interesados diseñar y valorar la factibilidad de una intervención de enfermería para la reducción del uso de tabaco y algunos factores relacionados, por lo que lo estamos invitando a participar en el presente estudio. Si usted acepta participar, le solicitaremos que conteste 6 cuestionarios sobre la dependencia del tabaco, adicional a esto se realizaran dos tomas de orina para ver cuanta cotinina (metabolito de la nicotina). Antes de decidir si desea o no participar, necesita conocer el propósito del estudio, cuales son los riesgos/beneficios y lo que debe de hacer después de dar su consentimiento para participar. Este procedimiento se llama consentimiento informado, donde le explicaremos el estudio. Cabe mencionar que si usted decide participar, podrá ser asignado a alguno de los dos grupos del estudio y después le pediremos que firme esta forma de consentimiento.

Propósito del estudio

El estudio pretende diseñar y valorar una intervención para personas que fuman y desean dejar el hábito, por lo que deseamos evaluar que tan factible es su aplicación. La importancia de este estudio radica en que posiblemente usted que desea dejar de fumar, podrá intentar reducir su consumo y al mismo tiempo se podrá contribuir con un protocolo útil para enfermería para ser aplicado en personas que desean reducir o abandonar el consumo de tabaco

Descripción del estudio/Procedimiento

Si usted acepta participar en el estudio le pediremos que firme esta forma de consentimiento informado. Posteriormente será asignado a alguno de los dos grupos de intervención, los cuales le serán explicados a detalle después de su asignación. La intervención tendrá una duración de 11 semanas y es probable que lo citemos a algunas sesiones presenciales con duración de 30 a 60 minutos planteados de manera semanal. Las sesiones serán programas en el horario que sea de su preferencia, que no se interponga en sus actividades cotidianas; en todo momento se le protegerá cuidando su privacidad, no identificándole por su nombre, ni dirección. Además se le informa que esto no tendrá ninguna repercusión en su lugar de trabajo o estudio. Tendrá la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y en caso de que desee dejar de participar, obtendrá la plena seguridad de que no tendrá ningún perjuicio en sus actividades laborales/escolares.

Riesgos e inquietudes

No existen riesgos serios relacionados con su participación en el estudio. Si se siente indispuesto o no desea seguir hablando de estos temas puede retirarse un momento para recapacitar sobre seguir participando en el estudio o no.

Beneficios esperados

En este estudio el beneficio principal será que tendrá la oportunidad de conocer dos terapias que ayudan a reducir consumo de tabaco, y que a futuro otras personas que desean dejar de fumar podrían beneficiarse de los resultados de la aplicación de las dos terapias en las que usted participo.

Alternativas

La única alternativa para el presente estudio implica no participar en él.

Costos

No hay ningún costo por participar en el estudio.

Autorización para el uso y distribución de la información para la investigación

Las únicas personas que conocerán su participación en este estudio, son usted y la autora del estudio. Ninguna información sobre su persona será dada a conocer de manera personalizada. Los resultados de los cuestionarios serán publicados de manera global en una tesis, artículos científicos o congresos de investigación. Recuerde que toda la información que usted proporcione será anónima y confidencial.

Derecho a retractar

Su participación en este estudio es voluntaria, la decisión de participar o no, no afectará su relación actual con la institución donde labora/estudia. Si usted decide participar está en libertad de retractarse en cualquier momento sin afectar en nada sus derechos como profesional.

Preguntas

Si usted tiene alguna duda sobre sus derechos como participante de este estudio, puede comunicarse a la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Facultad de Enfermería, de la Universidad Autónoma de Nuevo León al teléfono 83 48 18 47 en un horario de 9:00 a 14:00 horas, ubicada en la Avenida Gonzalitos 1500, Norte. Colonia Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León.

Consentimiento

Yo voluntariamente acepto participar en este estudio y que se colecte información sobre mi persona. Yo he leído la información en este formato y todas mis preguntas han sido resueltas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación en el momento en el que yo lo desee.

Firma del participante

Firma del investigador

Testigo 1

Testigo 2

Fecha: _____ a _____ del 20____

Apéndice J

Manual del Facilitador y del Participante



Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería



Manual del Facilitador

Intervención Holística de Enfermería Basada en Consejo Breve y Atención
Plena para dejar o disminuir el consumo de tabaco



Por

MCE. Diana Aracely Almaraz Castruita
Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Dra. Raquel Rodríguez Carvajal
Dra. Nora Angeliza Armendáriz García



Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería



Manual del Participante

Intervención Holística de Enfermería Basada en Consejo Breve y Atención
Plena para dejar o disminuir el consumo de tabaco



Por

MCE. Diana Aracely Almaraz Castruita
Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Dra. Raquel Rodríguez Carvajal
Dra. Nora Angeliza Armendáriz García

Resumen Autobiográfico

MCE. Diana Aracely Almaraz Castruita

Candidata para obtener el grado de Doctor en Ciencias de Enfermería

Tesis: Intervención holística de enfermería para la reducción del consumo de tabaco:
consejo breve y atención plena

Biografía: Diana Aracely Almaraz Castruita, nació en Monterrey Nuevo León el 9 de junio de 1991, hija del Sr. Jorge Luis Almaraz Sánchez y de la Sra. Araceli Castruita Vaquera.

Educación: Licenciada en Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León (2012), Master en Ciencias de Enfermería por la Universidad Autónoma de Nuevo León (2015). Becaria del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) para realizar estudios de Maestría y Doctorado.

Experiencia Profesional: Enfermera en el Área de Hospitalización en el Hospital Christus Muguerza “Hospital Conchita” (2013). Docente de práctica clínica de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León en el Hospital Regional Materno Infantil y en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González (2015). Auxiliar en Investigación en el Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (2017).

Miembro de Sigma Theta Tau Internacional, Honor Society of Nursing, desde el 2013.

E-mail: diana.almaraz09@hotmail.com